O dilema preventivista

Sergio Arouca

O dilema preventivista

Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva

Direitos de publicação reservados à:
Fundação Editora da UNESP (FEU)
Praça da Sé, 108
01001-900 – São Paulo – SP
Tel.: (0xx11) 3242-7171
Fax: (0xx11) 3242-7172
www.editoraunesp.com.br
feu@editora.unesp.br

Editora FIOCRUZ
Av. Brasil, 4036 – 1º andar – sala 112 – Manguinhos
21040-361 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (0xx21) 3882-9039 e 3882-9041
Fax: (0xx21) 3882-9007
www.fiocruz.br
editora@fiocruz.br

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Arouca, Sergio, 1942-2003.
O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva / Sergio Arouca. – São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

Bibliografia.
ISBN 85-7139-507-1 (UNESP)
ISBN 85-7541-036-9 (FIOCRUZ)

1. Medicina – História 2. Medicina preventiva – Brasil 3. Saúde pública – Brasil I. Título.

CDD-614.440981
03-6890 NLM-WA 100

Índice para catálogo sistemático:
1. Brasil: Medicina preventiva: Saúde pública 614.440981

Editoras afiliadas:

Asociación de Editoriales Universitárias de América Latina y el Caribe

Associação Brasileira das Editoras Universitárias

Sumário

Apresentação

Anamaria Testa Tambellini
Pedro Tambellini Arouca

Querido pai e amigo Arouca,

As saudades que sentimos são imensas, oceânicas, estratosféricas. Esta viagem, pela qual você foi arrebatado para lonjuras, não é como aquela da Nicarágua que todos entenderam.[1] É uma viagem para dimensões infinitas que pouco compreendemos, e que nos separou irremediavelmente. Irrecuperável o tempo que estivemos separados, perdidos em afazeres, brincadeiras – prazeres e tristezas que não compartimos. Perdidas as oportunidades de nos dizermos coisas queridas, segredos de filho, projetos de trabalho, confissões amorosas, sonhos lindos, sonhos bobos, complicados, vazios de explicações; pequenos e grandes desejos. Muitas recordações: o dia em que juntos, mãe e filho, admiramos sua declaração na TV e não compartimos suas esperanças; as risadas que demos quando entendemos sua tranqüilidade em situações de aperto; sua bonomia em preparar comida e a satisfação explícita em comê-la; os dias de convivência feliz na chácara – pai, filhas e filho em harmonia. Até sua vaidade, que nos perturbava, tornou-se uma marca poderosa de seu afeto, de sua generosidade um pouco escamoteada, da timidez que às vezes você não conseguia disfarçar.

Na verdade, queremos declarar que foi bom, uma benção, uma felicidade bem vinda, uma fartura de amor para mim, Pedro, nascer seu filho e

1 Cf. cartão-postal das páginas 11 e 12.

crescer sob sua proteção e carinho, e para mim, Anamaria, ter sido sua companheira de partido, amiga, namorada, amante, esposa e sempre a mãe de Pedro.

Mas, apesar das declarações, das saudades, das lembranças, da tristeza que vem e que vai, estamos continuando pela vida, amando, trabalhando com muito esforço, mas com grande prazer.

Sua tese hoje se transformou em um livro. Cuidamos para que, na publicação, tudo ficasse conforme havíamos nos comprometido com você e de acordo com seu desejo. O texto foi mantido na íntegra, incluindo a dedicatória e os agradecimentos. Somente fizemos uma nova revisão que, da mesma maneira que quando o texto veio à luz sob a forma de tese, foi feita pela amiga Ecilda Nunes, ajudada por seu marido e nosso colega, Everardo Duarte Nunes, e por mim, Anamaria, que também assino esta carta. Após cada capítulo, foi inserido um dos textos dos autores convidados. Esses textos procuram comentar, discutir e relativizar, no tempo, as questões que você abordou, na maioria das vezes, naquele capítulo. Em algumas ocasiões, como não podia deixar de ser, dada a interconexão das questões em pauta, houve necessidade de referências mais amplas para realizar o comentário. Conseguimos a colaboração de todos os colegas – amigos que você havia escolhido e, como regra, felizmente, acertamos – na especificação temática que havíamos imaginado para cada um deles.

O "Prefácio" coube ao nosso querido professor Dr. Guilherme Rodrigues da Silva, sempre titular do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de São Paulo, apoio e afeto em horas difíceis e um exemplo de seriedade, disciplina científica e amor ao trabalho.

O texto que sucede a sua "Introdução" (Capítulo I), coube a mim, Anamaria Testa Tambellini, companheira de tempos ásperos, que conviveu de muito perto no processo de definição do tema e elaboração de análise crítica, do trabalho de tese para a obtenção do seu grau de Doutor. O comentário procurou contextualizar a idéia do processo de trabalho, enquanto elemento indicativo das preocupações políticas e científicas do autor – Arouca –, bem como se perguntar sobre a importância das idéias delineadas e as possibilidades de pensar hoje, em tempos de globalização e reestruturação produtiva, sobre alguns problemas creditados a uma Saúde Coletiva plenamente justificada teórica e conceitualmente.

Coube ao Everardo Duarte Nunes, sociólogo na área desde os 60 e que tem se dedicado, entre outras questões, a uma análise crítica e atuali-

zação da proposta foucaultiana no campo da saúde coletiva, escrever o texto que está solidário ao capítulo em que se explicita a metodologia do seu trabalho (Capítulo II).

O Capítulo III foi seguido pelo texto de Jairnilson da Silva Paim, médico sanitarista, um dos fundadores do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes), núcleo da inteligência do movimento sanitário, que tratou da emergência da Saúde Coletiva. Tal emergência foi vista em termos de uma ruptura do pensamento preventivista que se configurou na articulação da Saúde Pública com a Medicina Social.

Os conceitos básicos foram revistos no texto do médico e pesquisador, Roberto Passos Nogueira, que descobriu o seu trabalho no mestrado de Medicina Social do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). O texto se localiza após o Capítulo IV e nele o autor reconsidera uma nova forma de prevenção primária em saúde, proposta para a prática médica, a Medicina Promotora. Essa medicina, que pretende cuidar da promoção de saúde, é considerada correlata à Medicina Preventiva, disciplina tampão, em tempos pós-modernos.

Após o Capítulo V, que se refere aos conceitos estratégicos da Medicina Preventiva, Elizabeth Moreira dos Santos, residente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas ao tempo da elaboração final do texto e hoje professora adjunta da Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz, traça o desenvolvimento de possibilidades teóricas e práticas de intervenção, baseadas nas novas técnicas de automação e manipulação genética que podem atuar sobre a vida e que se realizam tanto nos níveis micro e macrocelulares quanto na própria substituição de órgãos e criação de vida artificial.

As "Regras da formação discursiva" (Capítulo VI) foram relidas criticamente por Gastão Wagner de Souza Campos, médico, teórico e militante da Saúde Coletiva, pelas lentes da proposta de uma "Medicina de Evidências". Segundo esse autor, a proposta retoma a questão da cientificização do discurso da medicina, operada pela Epidemiologia, núcleo "duro" da Saúde Coletiva. Seria por intermédio da produção de conhecimentos epidemiológicos, principalmente na área da epidemiologia clínica, que se objetivaria o pensamento da doença em sua dimensão de objeto da ciência.

Sônia Fleury Teixeira, pesquisadora das temáticas políticas e sociais em Saúde Coletiva, aluna e amiga desde os tempos de chegada ao Rio da "turma de Campinas", comenta a importância de você ter considerado o

"cuidado médico", como valor e como categoria básica para entender a articulação medicina-sociedade. Além disso, assinala a centralidade desse conceito na formulação e desenvolvimento das idéias da reforma sanitária no Brasil.

O "Posfácio" coube ao atual presidente da Fiocruz, Paulo Marchiori Buss, que também conosco tem convivido desde seu tempo de aluno do curso de mestrado em Medicina Social da UERJ, na segunda metade da década de 1970. Representa hoje a instituição que tão abertamente acolheu você, Arouca, e seus colegas, objetos de uma cassação branca na Academia e onde você continuou realizando seu trabalho científico e, em especial, continuou agindo politicamente. Hoje, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fiocruz, denomina-se Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, em sua homenagem.

Veja você: todos amigos e admiradores de seu trabalho e de sua capacidade de dar e receber afeto! Todos responderam prontamente à solicitação de contribuir para composição do livro e declararam-se felizes e honrados com o convite. Muito bom ter amigos e gostar deles.

A impressão que temos, afinal, é que este seu trabalho, mesmo após tantos anos e tantas mudanças, continua atual e que, juntamente com o trabalho de Cecília Donnangelo, marca a nova fase do pensamento e ação em Saúde, no Brasil. Mas isso você já sabia, quando enfatizou que não queria mudanças no texto original e indicou os comentaristas que julgava terem lido e entendido seu trabalho.

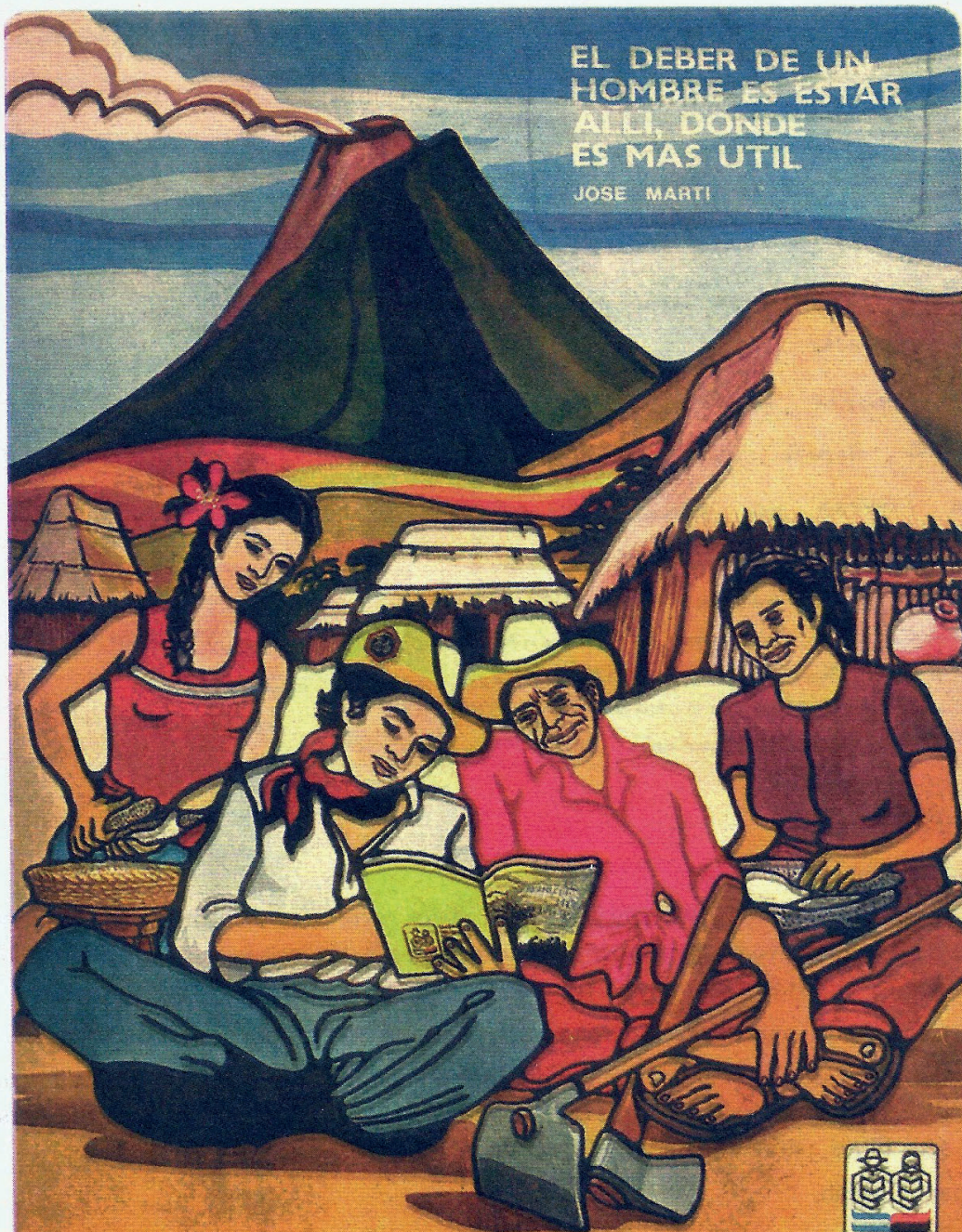
Dever cumprido! Muita satisfação por podermos nós, Pedro e Anamaria, retribuir seu carinho e confiança e também fazer algo que correspondesse ao seu desejo. Sabemos que o resultado de nosso trabalho, que foi dar visibilidade ao seu, lhe agradaria caso você estivesse aqui conosco.

Muitos abraços, muitos bons pensamentos e muita doçura para lembrar de tudo.

Com amor,

De sua sempre comparsa
Anamaria

De seu filho amoroso
Pedro

EL DEBER DE UN
HOMBRE ES ESTAR
ALLI, DONDE
ES MAS UTIL
JOSE MARTI
CRUZADA NACIONAL DE ALFABETIZACION
Ministerio de Educacion

"Pedro, meu nêgo,

A saudade está brava.

Sabe, aqui, porque era um país muito pobre, a maior parte das pessoas não sabe ler. Então, depois da Revolução, todas as pessoas que sabem ler estão ensinando as que não sabem. Está muito bonito. O cartão mostra um menino ensinando a uma família de trabalhadores.

Estou trabalhando muito e nem sobrou tempo para conhecer os vulcões ou ver tubarões.

Leia o que está escrito no cartão, que um dia você vai entender por que eu vim trabalhar aqui, deixando você e eu tão tristes. Porque um dia, várias pessoas como eu também vão deixar suas casas, seus filhos, para irem ajudar o Brasil, quando for necessário.

Um grande beijão,

Sergio"

Prefácio

Guilherme Rodrigues da Silva[1]

Em março de 1986 foi realizada em Brasília a 8ª Conferência Nacional de Saúde onde se deu o mais amplo e democrático debate sobre saúde já ocorrido no país. Essa realização liderada por Sérgio Arouca foi, na realidade, o ponto culminante de um movimento – o Movimento Sanitário – que foi simultaneamente de resistência ao regime autoritário e de reformulação do sistema de saúde. Como sabemos, as propostas resultantes do trabalho de 135 grupos integrados por profissionais e representantes de organizações da sociedade civil, de sindicatos e de grupos das bases populares resultou na incorporação na Constituição de 1988 da mais completa declaração de direito à saúde já ocorrida em qualquer país. Nos anos subseqüentes consolidou-se a Reforma Sanitária com a institucionalização do Sistema Único de Saúde.

Analisando o movimento da Reforma Sanitária, Escorel[2] destaca, nas suas origens, a vertente da Academia:

---

1 Ex-professor titular do Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, USP.

2 ESCOREL, S. *Reviravolta na Saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. (Mimeogr.)

Na vertente da academia é construído o ideário, o conhecimento que sustentam as propostas políticas. Essa vertente elabora, amplia e reproduz o conhecimento e forma os intelectuais orgânicos da proposta. Pelas características de trabalho de menor publicidade, foi também espaço de resistência nos momentos em que a repressão política se agudizava. Muitas vezes também significava o único espaço de trabalho possível já que toda uma geração recém-formada em saúde publica ou medicina social não encontrava nos órgãos públicos (únicos empregadores possíveis) qualquer possibilidade de emprego.

Até 1975 o esforço realizado foi o de incorporar as ciências sociais à análise das questões de saúde e que esta incorporação foi feita criticamente rejeitando a idéia de equilíbrio universal da dominante corrente do funcionalismo, a neutralidade da ciência do positivismo e assumindo a sociedade como composta por classes em conflito e luta. Assim, até 1975, este processo desenvolveu-se resultando na construção de uma teoria social da saúde e que foi considerado por nós como sendo "as bases universitárias" do movimento sanitário.

Entre 1975 e 1979 essa vertente apresentou um grande desenvolvimento. Aumentaram numericamente as instituições que incorporaram a abordagem médico-social para análise dos problemas de saúde passando de um enfoque até então restrito principalmente à Região Sudeste para um pensamento que [já] tinha expressão nacional. E também experimentou a expansão de seu objeto de estudo, a diversificação dos temas pesquisados e analisados. Foi um período de grande produção intelectual concomitante à incorporação do político nas propostas de atuação da medicina social: nas investigações, nos cursos de pós-graduação e nas articulações com movimentos sociais.

Até 1975 o "pólo" de produção do conhecimento esteve localizado no Estado de São Paulo – nos Departamentos de Medicina Preventivas de: Universidade de São Paulo – USP, Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, Faculdade de Medicina da Santa Casa, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Botucatu e Faculdade Paulista de Medicina. No entanto, o desmantelamento do Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP em 1975, com o deslocamento de boa parte de seus quadros para o Rio de Janeiro, paralelamente com o crescimento do Mestrado em Medicina Social do IMS/UERJ, fez com que durante os anos do governo Geisel(1975-79) o "pólo" de produção teórica da medicina social estivesse concentrado no Rio de Janeiro.

Decorridos 28 anos desde que *O dilema preventivista*: contribuição para compreensão e crítica da Medicina Preventiva foi escrito, e 27 anos desde que a tese de doutoramento foi defendida em 24 de julho de 1976, publica-se sob a forma de livro este trabalho que foi fundamental para a construção de uma teoria social da saúde no Brasil e tem sido um dos trabalhos mais citados pelos pesquisadores dessa área.

Arouca parte da premissa de que a história das ciências é, basicamente, a história das idéias, e de que estas encontram sua especificidade na relação ... com a estrutura social que as gerou e permitiu seu aparecimento. A história das idéias não se faz a partir da procura das origens, dos precursores porque "a história de um conceito é a de seus diversos campos de constituição e de validade, de suas regras sucessivas de uso, dos meios teóricos múltiplos em que se prosseguiu e se acabou sua elaboração".[3]

> A Medicina Preventiva, dentro desta abordagem, representa um novo fenômeno no campo conceitual da área médica ao estabelecer uma nova articulação com uma sociedade em profunda mudança decorrente da chamada revolução industrial.

O que representa a emergência do discurso preventivista privilegiando uma "nova atitude" e colocando em questão a experiência pedagógica do hospital e relibertando a enfermidade para o espaço social? Assumir a universalidade do cuidado à saúde e praticá-la no cotidiano é, no discurso preventivista, uma questão de atitude. Uma "atitude ausente" da prática médica, porém possível diante dos conhecimentos atuais e que será realizado através do ensino médico.

O trabalho desenvolve-se em três partes: 1) exposição sumária da obra de Foucault, suas críticas; 2) desenvolvimento de um quadro teórico; 3) estudo da Medicina Preventiva por meio desse esquema conceitual, suas regras da formação discursiva e as relações com instâncias não-discursivas. Desdobra-se, no entanto, em sete capítulos: I "Introdução"; II "Metodologia"; III "A emergência da Medicina Preventiva"; IV "Os conceitos básicos"; V "Os conceitos estratégicos"; VI "Regras da formação discursiva"; VII "Medicina Preventiva e Sociedade".

---

3 FOUCAULT, M. *Arquelogia do saber*. Rio de Janeiro: Vozes, 1971.

Arouca mostra como na fase da arqueologia Michel Foucault realiza a instauração de uma história descontínua e a dissolução das unidades tradicionais de descrição histórica. Com Lecourt,[4] indica que, ao definir a materialidade do discurso, cria a necessidade de "pensar a história dos acontecimentos discursivos como estruturada por relações materiais que se encarnam nas instituições ... o que o levou ao conceito de práticas discursivas".

Em dado momento da análise, o discurso é caracterizado não mais como acontecimento, mas, sim, como monumento, o que definiria sua história como arqueológica. Enunciado é a unidade de análise no interior do universo do discurso. Cada enunciado estabelece um feixe com outros enunciados e remetem a um novo campo constituído por acontecimentos não-discursivos, como os de ordem política, social, econômica, prática etc.

A tarefa é analisar uma população de acontecimentos no interior de um discurso. Trata-se de realizar uma descrição sistematizada desses acontecimentos discursivos. Enunciado é o conceito fundamental. Para uma descrição dos enunciados torna-se necessário definir alguns termos básicos como *performance* lingüística, formulação, frase ou proposição. O discurso se caracteriza como conjunto de enunciados que provém de um mesmo sistema de formação discursiva.

Arouca preocupa-se em explicitar sua aproximação e diferenciação em relação à Arqueologia de Foucault:

> sucede um ato de formulação mediado por regras historicamente determinadas (prática discursiva), cujo resultado é um conjunto de enunciados que se compõe em um discurso ... o resultado final é o Saber sobre o qual recorta-se a Ciência, mediado pela Ideologia.

Ele demonstra, assim, que o sistema arqueológico abre caminho para uma discussão Ciência/Ideologia.

O problema fundamental que se coloca na análise arqueológica é o das relações estabelecidas entre as práticas discursivas e não-discursivas.

Althusser[5] utilizando uma metáfora espacial "a história das ciências faz-se pela abertura de grandes continentes" – o continente Matemática

---

4 LECOURT, D. Arqueologia do Saber. In: *O homem e o discurso*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1971. p.43-66.

5 ALTHUSSER, L. *Escritos* I. Bogotá: Ediciones Contacto, 1971.

aberto pelos gregos; o continente Física aberto por Galileo; o continente História aberto por Marx.

> O conhecimento moderno comporta uma ciência da história ... as relações entre acontecimentos discursivos e não-discursivos não acontece em um espaço vazio... ou em espaços preenchidos pelos não-ditos, mas sim, os acontecimentos discursivos sucedem no interior de um modo de produção e articulam-se com todas as suas instâncias, e , em especial, com o nível ideológico.

"No campo discursivo privilegia-se o que se faz. Aqueles que enunciam já estão previamente determinados pela estrutura social no papel do intelectual" orgânico que seria, segundo Gramsci,[6] o funcionário da superestrutura responsável pela organicidade de um determinado modo de produção. Organicidade dos discursos, nesse caso, quando estes são enunciados para dar uma coerência e homogeneidade aos projetos ou propostas de grupos sociais. Faz uma longa discussão sobre Ideologia.

A Medicina Preventiva como formação discursiva emerge em um campo formado por três vertentes: 1) a higiene com emergência no século XIX, intimamente ligada ao desenvolvimento do capitalismo e à ideologia liberal; 2) a discussão dos custos da atenção médica nos Estados Unidos nas décadas de 1930 e 1940, configurando-se uma crise diante da ameaça de intervenção estatal e reação das organizações corporativas médicas contrárias a qualquer forma de "medicina estatal" ou "medicina socializada"; 3) a redefinição de responsabilidades médicas no período após a Segunda Guerra Mundial, principalmente no início dos anos 50, ante a crescente demanda e conscientização de que o acesso ao cuidado médico é um direito social de todo o cidadão.

Entre 1950 e 1953, duas propostas de redefinição de objetivos de ensino médico são aprovadas, respectivamente, pela American Medical Association e pela Association of the American Medical Colleges. A última – The objectives of Undergraduate Medical Education Eighth Revision – irá servir como base à Conferência de Colorado Springs (1953), *locus* da emergência do discurso da Medicina Preventiva.

Partindo das premissas de que ocorreu um grande avanço do conhecimento médico e de que se presenciava uma significativa mudança na atitu-

---

6 GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

de do povo em relação a saúde e doença, propõe-se uma redefinição radical do papel do médico, sugere-se pela primeira vez, em propostas de currículo de ensino de graduação nos Estados Unidos, a idéia de equipe, bem como a de um conceito abrangente do homem objeto da atenção, de saúde como um processo ecológico e da importância da família e comunidade nas relações do cuidado médico.

Novas relações médico-pacientes extensivas à família e à comunidade, como trabalho de equipe multiprofissinal liderada pelo médico, mediado por organizações da comunidade, é a renovada tarefa de um novo ator social dotado de uma atitude e ideologia a serem adquiridas no interior da escola médica.

Uma conjunção da visão ontológica e da concepção dinâmica de doença de Canguilhem,[7] o conceito ecológico aparece nos primeiros documentos do movimento preventivista e é difundido por meio de alguns livros-textos como o de Leavell & Clarck[8] e o de Hilleboe & Larimore.[9] O agente, ampliado para incluir substâncias químicas, nutrientes e elementos físicos além dos biológicos, continua externo ao hospedeiro, enquanto a concepção dinâmica é incorporada à doença vista como um processo que segue uma história natural. O conceito é duplamente otimista, pois torna possível eliminar ou controlar o agente e re-estabelecer o equilíbrio hospedeiro-ambiente.

Para fazer face à problemática do desdobramento do conhecimento em áreas, especialidades e subespecialidades, disciplinas, a história natural das doenças é proposta, como a reorganização e síntese desse conhecimento.

O discurso preventivista encontra sua superfície primeira de emergência na adjetivação da Medicina constituindo um *outro* que lhe é simultaneamente igual e diferente. "Trata-se de um discurso que fala de uma medicina adjetivada que se torna o próprio futuro da Medicina". Esse discurso é instaurado na sociedade mediante uma institucionalização de espaços discursivos como os Departamentos de Medicina Preventiva, as Associações Nacionais de Escolas Médicas e de diversas organizações internacionais como a Organização Panamericana da Saúde (OPS), a Federação Panamericana de Escolas Médicas e as fundações Kellogg, Rockefeller,

---

7 CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Mexico: Siglo XXI, 1971.

8 LEAVELL, H., CLARCK, E. G. *Preventive Medicine for the Doctor in his Community*. 3.ed. New York: McGraw-Hill, 1965.

9 HILLEBOE, H. E., LARIMORE, G. W. *Medicina preventiva*. São Paulo: Serpel, 1965.

Ford, formando-se uma rede que vai do nível local onde se encontram instâncias executivas, até o nível internacional, onde se identificam instâncias normativas, legitimadoras e, muitas vezes, financiadoras.

Na formação das modalidades discursivas são identificadas formas predominantes nesse discurso, tais como: 1) reorganização do conhecimento em modelos como o da História Natural das doenças; 2) combinação de abordagem estatística e abordagem clínica; 3) descrição qualitativa de experiências pessoais e institucionais; 4) combinação em um único discurso de objetos vindos de diferentes áreas do conhecimento: ciências sociais, psicologia, pedagogia, ecologia etc.

A análise do sujeito que enuncia identifica em nível local profissionais oriundos de diferentes áreas – saúde pública, clínica médica, ciências sociais transformados em "profetas" e "guerreiros" do "vir-a-ser". Em nível internacional são caracterizados "funcionários internacionais", "peritos", "consultantes".

Na formação dos conceitos encontra-se como fundamental o fato de que o discurso opera uma biologização de enunciados provenientes de domínios diferentes.

A tentativa de aproximação entre o projeto arqueológico e a Ciência da História permitiu estabelecer as relações entre a Prática Discursiva da Medicina Preventiva e a análise em diferentes instâncias de um modo de produção. O instrumento teórico que foi construído permitiu ainda evitar as sucessões cronológicas e a determinação das influências do sujeito. Permitiu também, ao final, constatar, ainda que em nível de suposição, que o movimento preventivista não existe em singularidade única, fazendo parte de um movimento mais geral de institucionalização de relações entre Ciência e Saber, tendo como função fundamentar as relações dessas ciências com necessidades geradas no interior de formações sociais e não-resolvidas.

A Medicina Preventiva, como projeto de mudança da prática médica, representa uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa à intervenção estatal. O fundamento é a redefinição dos contornos do profissional médico com um novo conjunto de atitudes para relacionar com a comunidade, com os serviços públicos de saúde e outras organizações para promoção da saúde e proteção do indivíduo e família.

Para encontrar sua especificação, a Medicina Preventiva realiza um trabalho de delimitação com a Medicina Social e com a Saúde Pública e de afirmação com a Clínica Médica.

A incorporação das medidas e das atitudes preventivas ao cuidado médico depende, no entanto, de que essas medidas adquiram valor de troca. Ao introduzir nas escolas médicas uma discussão sobre a Teoria da Medicina, contudo, abre-se a possibilidade do aparecimento de núcleos de reflexão sobre a Prática Médica à luz dessa teoria.

Por fim, Sérgio Arouca interroga ou proclama "esperamos que o nosso trabalho possa ter contribuído em algo para a constituição de uma Teoria Social da Medicina". A divulgação de suas brilhantes idéias com a publicação do livro irá demonstrar que a contribuição foi efetivamente muito valiosa.

A Anamaria e Pedro
A meus pais

Mais de um, como eu sem dúvida, escreveu para não ter mais fisionomia.

Não me pergunte quem sou eu e não me diga para permanecer o mesmo: é uma moral de estado civil; ela rege nossos papéis. Que ela nos deixe livres quando se trata de escrever.

(*Arqueologia do saber*, Michel Foucault)

Agradecimentos

Ao professor Miguel Ignácio Tobar Acosta, orientador desta tese.

À minha companheira Anamaria, pelo estímulo, sugestões e, sobretudo, por sua visão crítica, da qual espero ter aprendido alguma coisa.

Pelas sugestões e críticas, aos colegas Ricardo Lafetá, Maria Hillegonda, Alberto Pellegrini e Everardo D. Nunes.

Pela cuidadosa revisão dos textos, aos amigos Claudinei Nacarato, Maria Aparecida Baccega e Ecilda Nunes.

Pelo trabalho de datilografia, a Itacy Andrade e Maria Izalina Ferreira Alves.

Às funcionárias da Biblioteca da Unicamp e, em especial, à Maria Alves de Paula.

Aos meus amigos e colegas Simão, Raimundo, Francisco, Célia, Cristina, Marília e em particular à Eleonora, por suas presenças afetivas em todos os momentos de meu trabalho.

A todos aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para a minha formação, que agradeço nas pessoas do Prof. Dr. Guilherme Rodrigues da Silva, Dr. José Romero Teruel, Dr. Luís Benedito Lacerda Orlandi, Dr. Juan Cesar Garcia e Dr. Miguel Marques.

A todos os colegas do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Unicamp.

Índice

Capítulo I
Introdução

A compreensão do complexo "saúde/doença" como um processo no qual um conjunto de fatores interage na determinação de seu desenvolvimento faz que os profissionais de saúde – e, em especial, os médicos – tenham à sua disposição uma série de condutas fundamentadas em vários ramos das ciências, para que possam interferir nesse processo. Essas condutas podem ser sistematizadas como (Encontro de docentes..., 1970d):

1 conduta diagnóstica, enquanto utiliza métodos e técnicas para a determinação da natureza do processo, sua etiologia, seu estágio atual de evolução e prognóstico;

2 conduta preventiva, quando tem por objetivo imediato a não ocorrência do processo doença, através da interferência na interação hospedeiro-agente, no meio ambiente, nos fatores predisponentes, na educação, na promoção da saúde, nas mudanças de hábitos etc.;

3 conduta terapêutica, enquanto, após a determinação de natureza do processo, neste interfere ativamente, procurando interrompê-lo ou abreviar e atenuar-lhe a evolução;

4 conduta de reabilitação, enquanto, já estabelecido o processo e localizados seus danos, procura-se adaptar os hospedeiros a um equilíbrio com esses danos ou minimizá-los.

Diante de cada caso, o conjunto dessas condutas forma uma unidade que constitui o atendimento médico e que, teoricamente, possuiria uma igual importância para a intervenção no processo "saúde/doença".

Assim, quando, em contacto inicial, identificamos as condutas preventivas com a medicina preventiva, podemos encontrar as origens daquelas em remotos tempos históricos, pois elas acompanharam a evolução da própria medicina.

Nas civilizações primitivas, onde a medicina era religiosa e mágica, a prevenção da ocorrência de enfermidades estava naturalmente ligada a um mundo sobrenatural, constituído de deuses e espíritos. Em conseqüência, "o médico primitivo usava procedimentos sobrenaturais para o diagnóstico e cerimônias médico-religiosas para o tratamento" (San Martin, 1968).

A medicina egípcia, por exemplo, possuía conhecimentos sobre a inoculação humana contra a varíola, a associação entre a peste bubônica e ratos, bem como um adequado sistema de proteção à infância (Leff, 1953).

A medicina grega, com Hipócrates, para citarmos outro exemplo, levava em consideração, na determinação das doenças, o clima, a alimentação e as águas; e, ao passo que privilegiava a visão holística do ser humano, criticava a escola médica de Cnidos, que se concentrava sobre o órgão afetado pela doença.

Poderíamos continuar investigando, na história da medicina, a história das condutas preventivas; seria interessante seguir sua evolução através da medicina romana com suas obras sanitárias, das prescrições preventivas existentes em documentos religiosos – como a Bíblia e o Alcorão –; e, prosseguindo, poderíamos adentrar pela medicina das espécies até o nascimento da clínica, atingindo o interior da medicina microbiana do século XIX. Todavia, sem desprezar esse importante aspecto, preferimos partir da premissa de que a história das ciências é, basicamente, a história das idéias e de que estas encontram sua especificidade na relação que possuem com a estrutura social que as gerou e permitiu seu aparecimento.

A história das idéias não se faz a partir de uma procura das origens, dos precursores, ou, enfim, dos começos; isso porque "a história de um conceito é a de seus diversos campos de constituição e de validade, a de suas regras sucessivas de usos, dos meios teóricos múltiplos em que prosseguiu e se acabou sua elaboração" (Foucault, 1971a).

Trata-se, por essa forma, de determinar, em dado contexto social, a que tipo de racionalidade o conceito pertence. Assim, a conduta preventi-

va da medicina médico-religiosa não possui o mesmo significado, em termos de conhecimento médico, que aquelas medidas da medicina microbiana ou da medicina preventiva que conhecemos atualmente, já que essas medidas se acham ligadas a tipos diferentes de racionalidade.

A Medicina Preventiva, dentro dessa abordagem, representa um novo fenômeno no campo conceitual da área médica, ao estabelecer uma nova articulação com uma sociedade em profundas mudanças decorrentes da chamada Revolução Industrial. Partimos da hipótese de que não existe uma identidade entre as condutas preventivas e a Medicina Preventiva, já que esta não se define nem se esgota na simples não-ocorrência de doenças.

Becquerel (1883), em seu livro *Tratado elementar de higiene privada e pública*, conceitua Higiene como a ciência que trata da saúde, no duplo aspecto de sua conservação e de seu aperfeiçoamento. A parte dessa ciência que trataria da saúde individual seria a Higiene Privada, e aquela que trataria da saúde coletiva, a Higiene Pública. A Medicina Preventiva seria uma evolução da Higiene Privada ou, segundo Ponce & Mendez (1950), da Higiene Especial, onde ela seria uma das divisões, juntamente com a Higiene Social, Higiene Aplicada e Medicina Social.

Peixoto (1938), em seu *Tratado de medicina pública*, conceitua Higiene como "o conjunto de preceitos buscados em todos os conhecimentos humanos, mesmo fora e além da medicina, tendentes a cuidar da saúde e poupar a vida". Assim, o autor considera a Higiene como uma nova medicina, pois, se "a velha medicina procurava, muitas vezes sem o conseguir, curar as doenças, esta (a Higiene) trata da saúde, para evitar a doença".

A Medicina Preventiva aparece nesta obra como parte da Higiene

> trata dos meios de a defender (a saúde) quando em possibilidade de ser agredida ou já em perigo. Ela cuida do indivíduo e ainda, antes dele, da espécie e da raça; é a eugenia e a previsão da herança mórbida, a regeneração se possível; são os agravos à saúde e os meios de os evitar; acidentes, intoxicações, infecções, doenças de carência e até doenças comuns evitáveis.

Rodriguez (1945), na Argentina, afirma "há uma década a medicina preventiva foi englobada dentro do termo Higiene e correspondia especialmente ao campo das enfermidades infecto-contagiosas ... em nossos dias tende-se a diferenciar bem o conceito de Medicina Preventiva e o de Higiene".

O autor conceitua Medicina Preventiva como "aquelas atividades concernentes aos problemas de saúde dos indivíduos em particular" e con-

clui tratar-se de "uma ciência de clínicos para clínicos e... intermediária entre a Higiene e a Clínica".

Nessas definições iniciais encontramos a Medicina Preventiva em uma fase que poderíamos chamar de pré-conceitual, dependente de uma outra área. Para nós, resta uma pergunta não formulada: O que determinou que a Medicina Preventiva fizesse a sua ruptura com a Higiene, afirmando-se como disciplina independente?

Clark & MacMahon (1967) analisam que as mudanças ocorridas nos padrões de enfermidades e na própria prática médica levaram a que "o pessoal de serviços de saúde se tornasse compartimentalizado em dois setores administrativos: um preventivo e outro curativo". Tal divisão demonstrou, com a passagem do tempo, ser extremamente desvantajosa, porém uma coordenação das atividades de saúde poderia ser conseguida através de uma redefinição dos papéis dos dois setores: "os clínicos seriam convidados a pensar mais regularmente em termos de prevenção e a desenvolver muito mais uma visão preventiva em sua prática diária" e os sanitaristas a estenderem suas preocupações da prevenção primária para setores envolvidos com os serviços curativos, planejamento, organização e administração da atenção médica.

Hilleboe & Larimore (1965) partem da idéia de que a demanda crescente da assistência médica não se manifesta somente no sentido de mais e melhor, mas também exige uma nova orientação. Interpretam essa mudança qualitativa como a exigência de algo além da simples cura das enfermidades, como é a preservação da saúde. Decorrente do desenvolvimento científico e de uma demanda socialmente determinada, a "Medicina Preventiva evolui constantemente para manter-se em dia com a sociedade, tornando-se impossível conceituá-la sem que este conceito se torne, quase que automaticamente, ultrapassado". Dentro desse contexto, Medicina Preventiva é uma expressão simbólica, associada a dois conceitos, prevenção da ocorrência e prevenção da evolução, colocada para os clínicos como uma nova maneira da prática profissional. Essa perspectiva exige que a formação do clínico deva se dar tanto no campo da medicina preventiva como no da curativa, e que esse encontro abra o "limiar de uma nova era da medicina: a era da Medicina Preventiva".

Smillie & Kilbourne (1966), partindo da existência de dois níveis de responsabilidade, um do paciente, definido na constituição americana como a proteção e promoção de sua própria saúde e de sua família, e, o outro, do médico, que deve prevenir doenças e promover a saúde da família e da

comunidade sob seu cuidado, definem a Medicina Preventiva como aquelas atividades relativas à prevenção das doenças e à proteção e promoção da saúde que são direta responsabilidade do indivíduo. Trata-se, portanto, do encontro entre a responsabilidade individual e familiar em relação à saúde e o dever adquirido pelo médico, através de uma formação, que enfatize o "ponto de vista" da medicina preventiva. Os autores consideram que o mais importante conceito do século XX, no campo da atenção médica, é o da medicina preventiva como parte essencial e integral da prática diária da medicina.

Em outra linha de análise, Mercenier (1970) considera que, historicamente, o homem vem desenvolvendo uma luta contra as doenças. Da mesma maneira que a luta contra as intempéries ou animais, ela possui um caráter básico: ser defensiva. Independentemente do grande desenvolvimento da medicina, essa característica se manteve. Porém, "os mesmos progressos que permitiram o sucesso da medicina curativa, em sua luta defensiva, permitiram aumentar seus conhecimentos sobre as causas e desenvolvimento das doenças e então forjar armas para uma luta ofensiva da prevenção das doenças".

Rios (1965), discutindo o conceito de medicina preventiva, determina sua origem em relação a dois fenômenos paralelos:

1 a ampliação do conhecimento médico nos níveis biológico e físico-químico não esgotava a problemática médica do ser humano e colocou a necessidade de revisão e ampliação do conhecimento médico através da incorporação de novas ciências;

2 as mudanças estruturais nas sociedades modernas fizeram que "o padrão de saúde deixasse de ser um estado puramente negativo – o não estar doente – para constituir um valor positivo das coletividades humanas, uma reivindicação social e um índice de civilização". Essas mudanças, alterando os conceitos de saúde e doença, atingiram inevitavelmente a prática médica.

A partir dessa análise, o autor conceitua Medicina Preventiva como "o conjunto de noções e técnicas visando o conhecimento e manipulação dos processos sociais e psico-sociais do comportamento humano que dizem respeito à implantação de padrões racionais de saúde".

O núcleo central das conceituações de Medicina Preventiva define um campo teórico no qual sobressaem, pela regularidade nos diversos autores, as seguintes premissas:

1 a Medicina Preventiva é enfocada sobre o indivíduo e a família;

2 a prática da Medicina Preventiva se dá no nível da prática diária dos médicos, qualquer que seja sua especialidade;

3 a Medicina Preventiva representa uma grande transformação na prática médica atual e está baseada no desenvolvimento, por parte do médico, de uma nova "atitude".

Assim, Gomes (1964) define Medicina Preventiva como "mais que uma técnica, uma atitude mental ante o paciente, ante a vida e ante a sociedade, em querer alcançar para a maioria dos seres humanos o estado de completo bem-estar físico, mental e social, que constitui a saúde". Essa nova "atitude" representaria "atenção integral ao paciente, tendo em conta os aspectos preventivos, curativos e de reabilitação".

Entendendo ideologia como o sistema de idéias e representações que dominam o espírito do homem ou de um grupo social, e prática ideológica como aquelas atividades realizadas no sentido de transformar uma ideologia dada em outra ideologia, podemos definir movimento ideológico como sendo um conjunto organizado de práticas ideológicas. Em outras palavras, um movimento ideológico representa um conjunto de atividades visando transformar a "visão de mundo" dos homens em uma nova "visão de mundo".

Podemos verificar pelos conceitos acima que a Medicina Preventiva, mais do que a produção de novos conhecimentos, mais do que mudanças na estrutura da atenção médica, representa um movimento ideológico que, partindo de uma crítica da prática médica, propõe uma mudança, baseada na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade. O próprio Abad Gomes especifica o conteúdo desse movimento ao dizer que "a Medicina Preventiva trata de... mudar uma atitude tradicionalmente isolada e conquistada dentro da cura individual dos doentes para uma atitude de compreensão da missão médica, como aquela de alcançar para todos os seres humanos da comunidade em que o médico trabalha um estado de saúde", sendo que, para isto "o médico há de ser, portanto, um trabalhador social no sentido mais amplo do termo".

Como todo movimento ideológico, a Medicina Preventiva deve possuir um corpo coerente de idéias, articulado em um duplo aspecto. Por um lado, deve realizar a crítica da ideologia que procura substituir (medicina curativa), demonstrando a sua ineficiência e, por outro, deve afirmar a sua

própria eficácia na solução dos problemas apresentados, mostrando a abertura de novas perspectivas não alcançadas pelo movimento anterior.

A crítica da prática médica pelo movimento preventivista iniciou-se pela caracterização de seu oponente – a medicina curativa; trata-se de uma adjetivação da medicina, cujo objetivo é demonstrar a sua atomização. Trata-se de uma prática médica que se esgota no diagnóstico e terapêutica, onde a prevenção e a reabilitação são secundárias, sendo, finalmente, a medicina que privilegia a doença e a morte contra a saúde e a vida. O movimento preventivista abriu, em síntese, uma contestação da prática médica em vários níveis:

1º nível – Da ineficiência dessa prática, desde que centralizou-se na intervenção terapêutica, descuidando-se da prevenção da ocorrência, o que levou inevitavelmente ao encarecimento da atenção médica e à redução do seu rendimento. A medicina curativa, portanto, caracteriza-se pela ausência de racionalidade.

2º nível – Da especialização crescente da medicina, fazendo que o homem fosse cada vez mais reduzido a órgãos e estruturas, perdendo-se completamente a noção de sua totalidade. Esse fato levou ao desenvolvimento de uma prática basicamente instrumental e ao desaparecimento do humanismo médico.

3º nível – Do conhecimento médico desenvolvido com um enfoque predominantemente biológico. Em 1946, quando a Comissão Técnica Preparatória reuniu-se em Paris para estudar a constituição da Organização Mundial da Saúde, os dezesseis membros presentes concordaram que saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de doença. Esse conceito encontra-se na linha direta daqueles desenvolvidos durante o século XIX por Chadwick na Inglaterra, Villermé e Guerrin na França, e Virchow e Gretjahn na Alemanha, em que reconheciam a relação dos problemas sociais com a saúde, acrescidos agora de uma nova dimensão, a do psicológico desenvolvida por Freud. Essa conceituação abriu um novo espaço de crítica à prática médica, quando se percebeu a dominação biológica em uma área do conhecimento que se afirmava tridimensional e, portanto, exigia uma abordagem multidisciplinar (biologia, ciências sociais e psicologia).

4º nível – Das relações da medicina com a comunidade, pois a medicina curativa, realizando-se dentro de um contexto de interesses puramente

individualista, desvinculou-se dos reais problemas de saúde da população, elegendo o raro como prioritário e esquecendo-se do predominante.

5º nível – Da educação médica que, dominada pela ideologia curativa, estava formando profissionais que não atendiam as necessidades de atenção médica das comunidades. Esse problema agravava-se para os países subdesenvolvidos, que estavam formando médicos segundo padrões dos países desenvolvidos e que, portanto, eram estranhos ao seu próprio meio social.

Os princípios básicos

Os princípios teóricos desse movimento (ideológico) acham-se sistematizados por Leavell & Clarck (1965), em sua obra *Medicina Preventiva para o médico em sua comunidade*, que exerceu extraordinária influência na divulgação dessas idéias e na implantação dos Departamentos de Medicina Preventiva.

O livro está baseado nos seguintes princípios:

> 1 "Qualquer doença ou condição mórbida no homem é o resultado de um processo que segue mais ou menos uma série característica de eventos no ambiente e no homem até que o indivíduo afetado retorne ao normal, atinja um estado equilíbrio com a doença, ou morra. Doença não é, pois, uma condição estática, mas um processo que segue uma história natural.
>
> 2 O processo doença evolui como resultado de causas múltiplas afetando a interação dos hóspedes individuais e agentes das doenças. Além disso, efeitos característicos são produzidos sobre a população como um todo.
>
> 3 Uma Medicina Preventiva efetiva requer que o processo seja interrompido tão cedo no seu curso como seja possível.
>
> 4 Normalidade e saúde são atributos relativos e requerem estudos estatísticos controlados para a sua definição. Saúde envolve fatores sociais e mentais, bem como físicos (biológicos).

Destes princípios são deduzidos seus corolários:

1 O processo evolutivo da doença é, em muitos casos, suscetível de ser interrompido.

2 A doença envolve fenômenos de interação entre agentes, hóspedes e ambiente. A prevenção pode ser obtida atuando-se sobre um ou mais des-

ses fatores, fazendo que a interação não se dê ou que seja interrompida em favor do homem.

3 O médico deve estar apto a detectar pequenos desvios da normalidade e para isso deve ter a idéia mais clara possível de normal e dos limites de sua variação biológica.

4 As medidas preventivas, para que sejam mais eficientes, devem ser aplicadas ao indivíduo sadio ou, então, a doentes, porém ainda assintomáticos.

5 O conhecimento incompleto de medidas preventivas específicas, custo das aplicações, fatores temporais e reações dos pacientes limitam a ação do médico em sua tarefa.

6 O médico deve dar uma atenção especial àqueles pacientes que o procuram em aparente estado de saúde e estender seus serviços preventivos a toda a família, considerada como unidade social básica.

7 A Medicina Preventiva envolve uma prática consciente de educação para a saúde.

8 Sendo a saúde mais do que a simples ausência de doença, o médico deve investigar os hábitos e costumes de seu paciente e guiá-lo para a prevenção e promoção da saúde.

9 Praticamente não há muita diferença entre a prática da Medicina Preventiva e a prática de uma boa medicina, já que aqueles que praticam esta podem passar a exercer a Medicina Preventiva, simplesmente adotando a filosofia de que o tratamento já é em si preventivo e que este é mais efetivo quanto mais precocemente for aplicado.

10 O médico deve compreender a complexidade do campo da saúde, bem como seus objetivos e o papel desempenhado por todos seus elementos. Sem esse conhecimento ele terá, necessariamente, pouca compreensão do significado de sua própria contribuição diante do todo.

Situar a Medicina Preventiva como uma "nova atitude" é delimitar um espaço de problemas aos quais deve ser dirigida uma série de perguntas que possibilitem a construção de nosso objeto de estudo.

A Medicina Preventiva, nascendo da Higiene em seu encontro com a Prática Médica, não constituiu um novo conhecimento, não foi o desdobrar-se de um novo espaço a conhecer-se nem a operacionalização de um novo conhecer.

Assim, a Medicina Preventiva não foi a decorrência imediata (Leff, 1953) dos estudos de Snow sobre o mecanismo de transmissão da cólera,

dos estudos de Pasteur sobre a Teoria Microbiana e o desenvolvimento das vacinas, dos trabalhos de Budd sobre a transmissão da febre tifóide, ou de Semmalweiss e Holmes sobre a prevenção da febre puerperal, como a análise através de um modelo histórico positivista nos levaria a pensar (Conti, 1972).

O primeiro problema que emerge é o de situar o nosso trabalho no interior da história, ou seja, definir de que história estamos falando e a qual objeto ela se refere.

Foucault (1966), analisando a antigüidade da clínica, toma-a inicialmente na sua sucessão cronológica até o século XVIII, para, em seguida, estabelecer a especificidade da sua inovação, sistematizada em cinco pontos:

1º) Ao funcionar como um museu para a observação do círculo das doenças que melhor pudessem instruir, a clínica constitui-se em um campo nosológico inteiramente estruturado.

2º) O paciente é um suporte acidental para a doença, que é o objeto da prática clínica.

3º) A procura do conhecimento sobre as doenças é um "descriptamento" através de uma observação sistemática.

4º) A atividade clínica aparece como uma prática essencialmente pedagógica.

5º) Ao ser pedagógica, a clínica estabelece no quotidiano as provas de suas verdades.

Assim, conclui o autor:

> *En el siglo XVIII, la clínica es, por lo tanto, una figura mucho más compleja que un puro y simple conocimiento de los casos y, no obstante, no ha adquirido valor en el movimiento mismo del conocimiento científico; forma una estructura maquinal que se articula en el campo de los hospitales sin tener la misma configuración que éstos; vive el aprendizage de una práctica que simboliza más que analisa; agrupa toda la experiencia alrededor de los prestigios de un descubrimiento verbal que no es su simple forma de transmisión, sino el núcleo que la constituye.*

Portanto, trata-se de procurar a história da Medicina Preventiva não na sucessão cronológica dos conhecimentos e das práticas que possibilitam a não-ocorrência das doenças, mas sim na construção do conceito em

sua dimensão histórica, através de sua complexidade estrutural e estabelecendo a especificidade da sua inovação, que a delimita do passado e configura uma historicidade.

O que representa a emergência do discurso preventivista privilegiando uma "nova atitude", re-introduzindo a quantificação e a formalização no saber clínico, colocando em questão a experiência pedagógica do hospital e libertando a enfermidade para o espaço social? E, enfim, qual a novidade da institucionalização de um espaço que coloca em questão a própria medicina, ao mesmo tempo que se oferece como projeto alternativo?

Ao ser projeto, a Medicina Preventiva aponta para uma problemática na qual ela indica sua origem e sua justificativa. Assim, não é do acúmulo de conhecimentos sobre a não-ocorrência das doenças que emerge a Medicina Preventiva, mas sim da composição de uma nova estrutura que comporta uma reorganização do conhecimento médico em um novo discurso que sugere e orienta uma nova prática da medicina. Assim, por exemplo, analisando o capítulo referente à nutrição, no livro de Leavell & Clarck, escrito por Shank (1965), vemos que, após uma introdução em que se ressalta a importância do assunto, o autor discute o conceito de malnutrição, suas relações com outras patologias, requerimentos nutritivos para a saúde e variações desses requerimentos em vários estados fisiológicos.

A diferença qualitativa introduzida é a organização desse conhecimento, difuso em vários compartimentos do saber médico, em um paradigma (ou modelo) que é a História Natural das Doenças. Assim, a desnutrição tem que ser apreendida em um contínuo, operando-se sobre ela uma categorização que implica uma relação direta com as medidas preventivas.

A doença, como processo, categorizada em fases sucessivas, nada mais é que o resultado de uma interação anterior em que os agentes (fatores) se relacionam com os hospedeiros, em um dado ambiente.

Os agentes, no caso, são os fatores nutritivos – as proteínas, carboidratos, gorduras, vitaminas, elementos minerais etc. – que, relacionando-se com fatores do hospedeiro, explicitados como hábitos, costumes, mores, idade, sexo, raça e aspectos psicológicos, levam à doença. O ambiente é visto nesta análise como sendo físico, químico, biológico e social.

A novidade consiste no estabelecimento de dois compartimentos. O período patogênico, em que a doença, livre de seu suporte (hospedeiro), segue o seu processo em fases, e o período pré-patogênico, em que se

introduziu o conceito de interação, envolvendo a determinação em um espaço de entrecruzamentos disciplinares, assim estabelecendo relações com a estrutura da família:

> *It is usual to find that the young woman establishing her home after marriage adopts the meal pattern wich prevailed in the home of her mother.*

ou afirmando uma acusação racial:

> *Negroes and darker-skinned individuals living in temperato zones are more likely then light-skinned people to develop rickets.*

O social retorna no ambiente:

> *The food-consumption pattern of any group may be condicioned by laws or regulations, mores, and social customs.*

Temos, portanto, dois níveis: um, das determinações múltiplas e da interdisciplinaridade, e outro, exclusivo da clínica, no qual se dá o processo da doença e o seu término. De uma certa maneira, é a doença apoiando-se (ou justapondo-se) sobre o mundo, após libertar-se do seu suporte (o paciente).

Essa reorganização do conhecimento médico em um novo discurso possui, como fim, a orientação de uma prática médica, de forma tal que as medidas de prevenção terminam, como nos compêndios clínicos, em condutas:

> *The physician should make an appraisal of the state of nutrition of each patient seen.*

> *As health adviser, the physician has great responsabilities in guiding his patients into satisfactory dietary practices.*

> *The physician must, therefore, add other foods or give supplements to provide these nutrients.*

Em uma primeira instância, a Medicina Preventiva promove uma reorganização do discurso médico que, *intencionalmente*, olha para a definição de uma prática. Mas o realmente importante nessa modificação é que, ao tomarmos as condutas preventivas, em suas formas isoladas, elas incidem sobre a doença como um ponto. A Medicina Preventiva instaura uma *totalidade* que agrupa o conjunto das condutas preventivas e difunde-as entre o corpo médico, uma totalidade composta de duas unidades, que, naturalmente, não são contraditórias, mas que assim se tornam pelo saber médico.

Portanto, temos a unidade das determinações (período pré-patogênico) e a unidade do processo mórbido (período patogênico). Essa totalidade define e situa o sujeito da atenção médica diante de suas responsabilidades. Não se trata mais do encontro do médico com o paciente em sua dimensão pontual de caso clínico. O discurso preventivista proclama o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida.

Viver é estar submetido a agentes em um meio ambiente, é estar na contigüidade do patogênico, é estar em equilíbrio diante da probabilidade da doença.

A relação médico-paciente deixa de ser ocasional e transforma-se em uma necessidade contínua do viver, da manutenção do equilíbrio. A reorganização do conhecimento amplia, em um campo aberto, a responsabilidade médica, uma vez que, em *todas as situações*, os homens encontram-se em um ponto da História Natural das Doenças, ao qual correspondem determinadas medidas preventivas.

Assumir, no plano individual, a universalidade do cuidado à saúde e praticá-lo no quotidiano é, no discurso preventivista, uma questão de atitude, portanto o ponto de articulação da totalidade criada com o campo médico. Atitude que não representa uma dedução ou conseqüência lógica do conhecimento médico, mas que, para emergir como proposta, necessita uma reorganização desse conhecimento. Como prática, necessita de uma demonstração, de uma vinculação dos seus executores: não é uma conduta natural diante das exigências de seu objeto, é muito mais uma atitude construída diante de uma problemática.

A Medicina Preventiva seria uma "atitude ausente" da prática médica, porém possível diante de nossos conhecimentos atuais; seria o conhecimento não incorporado à prática cotidiana, portanto mantido em suspenso no horizonte do possível; seria o futuro conhecido e não operacionalizado.

Ao definir-se como atitude possível, porém ausente, a Medicina Preventiva abre uma brecha em um de nossos mais arraigados mitos, qual seja, o de que os problemas colocados pela prática encontram soluções no campo das ciências, em termos de técnicas.

Dessa proposição emergem dois problemas fundamentais:

1º) Os problemas colocados à ciência por uma determinada prática dependem da natureza dessa própria prática. Assim, a chamada Medicina Curativa, em seu encontro com os "casos", tratava de resolver a doença em

sua dimensão crítica, definindo automaticamente um leque de possíveis questões que se referem ao seu diagnóstico, evolução e terapêutica.

Bachelard (1972) considera que, para se estudar o progresso da ciência, deve-se *"plantear el problema del conocimiento científico en términos de obstáculos"* que se encontram *"en el acto mismo de conocer, intimamente, donde aparecen, por una especie de necessidad, los entorpecimientos y las confusiones"*.

Esses obstáculos, funcionando como uma inércia ao desenvolvimento do conhecimento científico, estão em primeiro lugar na própria formulação dos problemas. Assim, *"todo conocimiento es una respuesta a una pregunta. Si no hubo pregunta, no puede haber conocimiento científico. Nada es espontáneo. Nada está dado. Todo se construye"*.

Portanto, se a forma de organização da prática médica define um leque de possíveis questões, somente haverá respostas a essas questões, e dessa maneira funda-se um obstáculo epistemológico num conhecimento não formulado, pela não formulação das perguntas.

2º) O conjunto das soluções oferecidas pela ciência supera aquelas que são incorporadas à prática médica, como se esta filtrasse o conhecimento, adotando somente aqueles compatíveis com a sua natureza.

Bachelard, como epistemólogo, preocupou-se com aqueles obstáculos que impediam, do interior da própria ciência, a sua evolução. Porém, para esse segundo problema, torna-se necessário ampliar o conceito de obstáculo, fazendo-o relacionar-se também com a prática.

Dessa forma, entendemos como *obstáculos da práxis* suas necessidades funcionais, que impedem e delimitam a aplicação do universo dos conhecimentos existentes.

Pensar a não-incorporação de conhecimentos como atitudes é perguntar-se sobre as barreiras existentes (no sentido bachelardiano do termo), o que nos leva a trabalhar em um campo de conflitos e, portanto, a dialetizar as nossas preocupações, para formular a questão de qual a contradição entre a prática e o conhecimento que o torna um saber não realizado.

Portanto, definir essa "ausência" é delimitar dois campos de reflexão, um constituído pela própria determinação dessa ausência, ou seja, de estudar-se em que nível se dá a discriminação do saber médico aplicado e mantém em suspenso a possibilidade de prevenção (obstáculo da prática); o outro, constituído pela organização e institucionalização de um lugar, um espaço social, com seus sujeitos investidos e legitimados para a cria-

ção de "uma atitude preventivista", uma presença positiva com que se eliminaria a ausência.

A Medicina Preventiva, como se fosse o partido de uma "nova atitude", como o corpo investido de sua defesa e implantação, penetra assim em uma nova dimensão: a da educação médica. Ponto de batalha, teste de sua estratégia, é no estudante que se devem incorporar essas atitudes para que elas se reflitam na prática.

Nesse campo, ao colocar a universalidade da atitude preventivista, que desconhece as barreiras das especialidades ou das disciplinas, a Medicina Preventiva inaugura uma nova modalidade de discurso em relação ao ensino médico: aquele que o articula com uma mudança da própria medicina. Discurso que se diferencia completamente daquele iniciado por Flexner (1927), que tratava de relacionar o ensino médico com a ciência.

Não pretendemos identificar todo o movimento de educação médica com o surgimento dos Departamentos de Medicina Preventiva, mas mostrar que, ao questionar as características dos formandos, ao atribuir a ausência da conduta preventivista ao funcionamento e organização do próprio ensino, ao estabelecer como sua estratégia a integração departamental, ao definir a inadequação do médico e, portanto, de sua prática às atuais exigências e necessidades de saúde, a Medicina Preventiva preparou o solo para o desenvolvimento da educação médica.

Mas não é somente nessas duas dimensões da prática e do ensino médico que se esgota a estrutura complexa da Medicina Preventiva, pois que, ao considerar a Epidemiologia como sua matéria básica, retorna dentro da escola médica a composição entre a medicina das espécies e a medicina das epidemias, ou seja, retoma em uma unidade o indivíduo e o coletivo.

Assumindo a Epidemiologia como método, a Medicina Preventiva introduz a Estatística, e por essa via retoma a formalização no interior do próprio conhecimento médico. Assim refere-se Freitas (1963) ao assunto:

> Constituindo a epidemiologia o principal elemento para o conhecimento da história natural das doenças para fornecer as bases para a sua prevenção, reconheceu o autor a importância de contar no Departamento de Higiene e Medicina Preventiva com um estatístico.

Junto à Epidemiologia surgem as Ciências Sociais Aplicadas à Medicina (ou Sociologia Médica, ou Ciências da Conduta), que deveriam dar con-

ta dos fatores sociais ligados aos hospedeiros e ao ambiente na História Natural. Assim, o social, que antes aparecia difuso no pensar, encontra também seu lugar institucional dentro da escola médica.

Resumindo, podemos dizer que a Medicina Preventiva funcionou e funcionará como um centro polarizador de disciplinas não tradicionais dentro da escola médica, que vem interagindo com seu discurso inicial, provocando novas frentes de conflitos e novos pontos de emergência discursiva.

Tentamos até agora definir nosso objeto de estudo a partir de uma posição histórica e, assim, procuramos estabelecer a diferença entre a conduta preventiva e a Medicina Preventiva, e chegamos a desenhar, em linhas gerais, qual a estrutura do que seria, em nosso entender, a Segunda.

Entendemos a Medicina Preventiva como o lugar institucional que gera um novo discurso no interior da medicina, visando à transformação de sua prática através da difusão de uma "atitude ausente", porém possível, diante dos conhecimentos atuais entre seus praticantes, o que seria realizado através da transformação do ensino médico.

Em outras palavras, entendemos que a Medicina Preventiva, em sua forma originária, é um foco discursivo no interior de um triedro, constituído pelo conhecimento, a prática e a educação médica. Foco discursivo que é, simultaneamente, um projeto de reorganização e de mudança. Segundo Trias (1970), o ingresso nas estruturas profundas de um fenômeno *"no passa por la visión ni por la consciencia: requiere la mediacion de un sistema conceptual adecuado: exige um trabajo o una praxis característica que llamaremos con Althusser, prática científica"*.

Portanto, devemos procurar um esquema conceitual que nos permita passar sobre as estruturas aparentes e ascender ao nível profundo (ou à essência) do fenômeno estudado.

Nosso propósito é estudar o discurso preventivista através da metodologia arqueológica proposta por M. Foucault, depois de um trabalho de aproximação com o materialismo histórico.

Em uma Primeira Parte, faremos uma exposição sumária da obra de Foucault e suas críticas. Em seguida, explicitaremos a sua metodologia arqueológica.

A Segunda Parte refere-se ao nosso Quadro Teórico, em que tentaremos definir nossas aproximações e diferenças com o autor, explicitando as categorias utilizadas.

Na Terceira Parte, estudaremos a Medicina Preventiva através desse esquema conceitual, procurando determinar as regras dessa formação

discursiva e as relações mantidas com instâncias não-discursivas mais abrangentes, tratando-se de estudar a articulação dessa estrutura com um dado modo de produção, para que se possa apreender a simultaneidade da contradição Medicina Preventiva–Medicina Curativa. Pois, se a forma de exercer a medicina deve-se a uma determinação histórico-social, a articulação da Medicina Preventiva, como projeto de mudança, deve responder a uma nova forma da determinação, de forma tal que estudar a Medicina Preventiva será, em última instância, conhecer as contradições da própria sociedade expressando-se no nível de um campo específico, qual seja, a medicina.

Questões introdutórias: razões, significados e afetos – expressões do "dilema preventivista", então e agora

Anamaria Testa Tambellini[1]

A tese de Arouca traz à tona e demonstra de forma fiel um traço marcante na forma do autor de ser e de se relacionar com o mundo: aquele de andar junto, mergulhar na experiência do coletivo, tomar seu pulso numa vivência ao mesmo tempo afetiva, solidária e que demanda perguntas à inteligência. E é nesse movimento, que acompanha a vida e lhe busca contornos, duros ou suaves, mas sempre carregados de possibilidades de expansão humana; é nessa visão de caminhos e deveres, que demandam vontades e meios pertinentes para romper os bloqueios e inércias impeditivas às realizações das necessidades coletivas, transformando a prática técnica-científica em instrumentos de avanços sociais, que se situa o autor.

A proposta de trabalho decola das experiências de uma Medicina Preventiva problematizada nos "Encontros dos Departamentos de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo" que se sucederam durante os anos de 1969 a 1973. A intenção é reler essa vivência de uma forma crítica, ou seja, cientificamente fundada, mas conservando sempre como correlato da vontade de saber a necessidade de agir. Nesse sentido, lança mão de elementos da filosofia e ciências sociais aos quais empreendera a busca, freqüentando como aluno disciplinas de graduação e, finalmente, o curso de pós-graduação de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Uni-

1 Doutora em Epidemiologia pela Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas (FCM/Unicamp); professora titular aposentada da Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cuz (Ensp/Fiocruz) e professora adjunta do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva e do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (Nesc e DMP/FM/UFRJ).

versidade Estadual de Campinas (Unicamp), como também, no convívio intelectual e companheiro de seus professores. Quanto à necessidade de agir, e a opção de uma forma militante de ação solidária e articulada politicamente, esta já era presente em sua biografia desde os tempos da escola secundária, quando se engajou no Partido Comunista Brasileiro (PCB).

Pode-se dizer que a tese realiza de forma brilhante o recurso de exercer o pensamento e expressá-lo no limite permitido e com o vigor exigido cientificamente no momento em que a ação está e se vê impedida de se concretizar em atos e processos baseados na liberdade e na vontade de poder que caracterizam as democracias.

Portanto, é num momento de restrição, onde a repressão se faz presente em todas as dimensões da vida dos brasileiros que esta tese é concebida e desenvolvida. Era um momento de grande cuidado com que se fazia, se dizia e, no mundo acadêmico, pairava sempre a impressão de que nem tudo podia ser expresso, vir a tona ou simplesmente ser pensado.

Deve-se anotar que o trabalho, cuja redação final foi concluída em meados de 1975, permaneceu "guardado", sob a custódia do então reitor da Unicamp, Prof. Zeferino Vaz, até meados de 1976, quando finalmente pôde ser levado à defesa perante banca oficial de examinadores. Tal discriminação que não foi exclusivamente exercida sobre este trabalho só foi resolvida quando o autor se encontrava efetivamente empregado em outro estabelecimento de ensino, a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz) e não apresentava o risco de, pelo menos momentaneamente, reivindicar seu posto de trabalho junto àquela Universidade.

E é tal situação que hoje, vista a distância, torna o trabalho de tese de Arouca nos parecer mais admirável. Se no plano acadêmico, o trabalho em sua excelência e pelo fato de poder vir à luz significa uma vitória dos professores de Medicina Preventiva resistentes/oponentes à ditadura (ainda que sobrevivessem em espaços confinados da Universidade), significa também uma vitória pessoal do autor contra a auto-repressão e o medo que sempre acompanham os processos repressivos do poder ditatorial do Estado.

A Medicina Preventiva, então já institucionalizada no interior da escola médica, foi tornada oficialmente em disciplina obrigatória do currículo médico. Houve pressão da própria área de ensino, mas também de algumas associações de especialistas que, então, já compartilhavam do ideário preventivista, como representações de corporações profissionais, notada-

mente a Pediatria e a Ginecologia. Entretanto, foi certamente a operacionalização da proposta de política externa americana do pós-Segunda Guerra para a América Latina que teve como uma de suas principais metas a prevenção de conflitos sociais, através de medidas pacíficas (propaganda, formação de quadros técnicos, científicos e políticos com suporte ideológico, além de auxílios financeiros e outras modalidades de ajuda material) que deviam atestar a excelência do *"way of life"* americano e o caráter democrático do liberalismo que permitiria ou teria levado à concretização de sua proposta de política de bem-estar social para aquele país, que efetivamente lançou e difundiu a possibilidade de se pensar e organizar a Medicina Preventiva no Brasil. Através de convênios internacionais específicos entre governos, como o Convênio MEC-USAID no campo da educação, através do trabalho de difusão de novas formas técnicas e científicas de se entender e lidar com as situações de saúde e de doença preconizadas pelas organizações internacionais multilaterais, como a Organização Pan-americana da Saúde, braço da organização Mundial da Saúde nas Américas e através de fundações americanas de fomento de pesquisa, tais como a Rockefeller, Milbank e a Kellogg, entre outras, é que se iniciou, de forma articulada, o processo da descoberta de uma Medicina Preventiva em nosso país. Esse processo, que se iniciou na década de 1950, permaneceu em plena atividade até o final de década de 1970 nas escolas médicas, espalhando-se por outras unidades das universidades brasileiras e penetrando os serviços de saúde, principalmente os públicos considerados básicos.

Assim, os professores e alunos de Medicina, como também os de Enfermagem, dos anos 60, foram intensamente bombardeados por textos, seminários, ofertas de viagens de reconhecimento e bolsas de estudos nos Estados Unidos, além das possibilidades de terem suas pesquisas e programas de educação financiados. Isso, desde que a Medicina Preventiva fosse tratada como elemento propiciador da compreensão da necessidade da mudança, da excelência e oportunidade do projeto preventivista e explicitar as vantagens decorrentes da sua adoção no plano profissional em qualquer dimensão (integralidade, cientificidade, eficácia das medidas adotadas, espírito de equipe, e por aí vai, e nas várias especialidades das formas vigentes de exercício profissional). Esse processo não se restringia à Medicina e Enfermagem, mas atingia outras equipes de profissionais do campo da assistência médica, chamados naquele momento de "paramédicos". O elemento comum era a possibilidade de aderência à proposta de

uma Medicina Preventiva liberal, privada e apta a atuar em todas as fases e momentos do processo saúde/doença visto sob as lentes da História Natural da Doença de Leavell & Clarck.

Pode-se imaginar o impacto produzido por essa formulação de projeto, principalmente no setor saúde, em um país que vivia dividido entre a adesão ao modelo norte-americano e a formulação de projetos alternativos de mudança social, onde a saúde aparecia com elemento indicador de falência que acompanhava a forma com que o regime capitalista havia se desenvolvido e se concretizado no país.

Após 64, essa idéia de impossibilidade de adequação da Medicina Preventiva, como proposta que visava à melhoria dos níveis de saúde da população, tornou-se mais presente e constitutiva nos grupos de resistência à ditadura e luta pelo estado de direito dentro e fora das instituições de ensino e do campo da saúde propriamente dito. A visão crítica de falência se tornou mais densa porque já começava a se consolidar um pensamento científico contra-hegemônico através de publicações científicas que reafirmavam paulatinamente as teses dos antigos combatentes e avançavam quanto a ensaiar possibilidades inovadas de pensar e elaborar teoricamente sobre essas questões, como também de comprovar, pela aplicação da própria metodologia epidemiológica, considerado um dos bastiões científicos da proposta preventivista, os resultados negativos devida e cuidadosamente quantificados.

Esse foi o fermento que permitiu aos professores de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo se organizar e constituir um grupo crítico a essa disciplina, expondo suas mazelas, do ponto de vista da incompletude e deformação de seus conceitos, da construção dos objetos e adoção de métodos que tornavam obscuras as realidades que pretendiam decifrar, dado que omitiam seus conteúdos e formas de ser e impediam a discriminação de suas "causas" estruturais e da relevância das condições sociais em sua dinâmica.

Nessa análise foi fundamental a colaboração solidária, sábia e obstinada de Juan César Garcia, na época funcionário da Organização Pan-americana da Saúde, cuja forma de atuação assinalava naquele momento a existência de processos contra-hegemônicos no interior da própria Organização internacional. Ao nos fornecer materiais de leitura cujo acesso a ditadura tornara difícil ou impossível, Garcia possibilitou o desenvolvimento de uma forma científica e quase epistemológica de ler, interpretar e propor

questões não só sobre objetos, métodos, mas também sobre alternativas de elaboração filosófica, científica e técnica que ultrapassavam o campo médico e da saúde e desembocavam criticamente no âmago das ciências humanas e sociais. A descoberta e decifração de uma Medicina Social soou como uma possibilidade de saída dos limites disciplinares e oficiais de Preventiva e muitos departamentos passaram a incorporar o termo social em sua denominação. Diga-se de passagem que é dessa época (início da década de 1970) o encontro dos paulistas com os cariocas que viriam a fundar o Instituto de Medicina Social da UERJ, marco de novos tempos no ensino e pesquisa da Medicina brasileira.

Seja mais uma vez assumido ser esta uma tese sobre a Medicina. Consegue, sem trair seu objeto, a Medicina Preventiva considerada como especialidade de medicina clínica, avançar para pensar uma "teoria social da medicina como prática social" quando também a considera (a Medicina Preventiva), enquanto um movimento situado na encruzilhada das relações da ciência com as necessidades sociais não resolvidas. Encruzilhada que também comporta a definição de sua identidade e especifidade, na própria delimitação com a Medicina Social e a Saúde Pública, onde se coloca como componente de uma Medicina Privada.

O trabalho intelectual de Arouca se caracteriza, entre outras qualidades, pela recorrência das questões conceituais e teóricas que, à medida que se incorporam no processo analítico aos elementos do campo discursivo, retornam como novas questões para a teoria e para a reelaboração conceitual à procura de possibilidades de sua reconstrução em um novo campo, o extradiscursivo. Nesse campo, o discurso "não circula livremente por sobre a sociedade, mas sim emerge em uma dada formação social". Tal significa a organicidade do discurso, ou seja, "seu funcionamento como operador de coerências para práticas não discursivas de determinadas classes e grupos sociais." Arouca denominou essa abordagem, por ele desenvolvida, como uma abordagem materialista da arqueologia.

Foi a fidelidade a uma formação teórica de base marxiana, ainda que heterodoxa, que levou o autor a superar as limitações de seu projeto arqueológico discursivo, conforme o desenvolvimento da tese de Foucault à época, e impôs-lhe a ousadia de avançar de forma sistemática e contra a corrente em direção à reformulação de conceitos que permitiram a elaboração de um objeto extradiscursivo, o que situou o discurso dentro das

condições concretas de existência dos elementos que o compõem. Esse recurso é exemplarmente utilizado quando trata da "Medicina Preventiva e Sociedade" (Capítulo VI), particularmente quando remete o "cuidado médico" a uma dupla determinação ("dimensão vital de doença" e "uso dos valores vitais na vida") e o analisa como trabalho médico "dentro de uma formação social" onde se relaciona com a produção em geral; nesse caso, a produção capitalista.

Nesse sentido, o próprio autor, advogando a inexorabilidade das mudanças, aponta possibilidades de criação de novas identidades profissionais no campo da saúde, além de novos campos de Prática Teórica.

E se hoje podemos situar, tranqüilamente, a Medicina Preventiva, área disciplinar e movimento no interior da Medicina, dimensões da prática, do saber que ambiciona ser ciência, como elemento pedagógico, projeto de mudança que se propõe a formação crítica dos estudantes no intuito de que sejam eles agentes de mudança da própria profissão, devemos essa tranqüilidade ao trabalho de Arouca, que se propõe a exercer sobre o objeto Medicina Preventiva sua contribuição para a compreensão e crítica.

Quase trinta anos se passaram após Arouca ter posto um ponto final no trabalho e entregá-lo às autoridades universitárias e pronto para a defesa. Muitas mudanças se concretizaram. A redemocratização do país em seu processo catapultou o movimento preventivista que se transformou em "movimento da reforma sanitária", ativo em todas as fases daquele processo. Ao mesmo tempo, abriu possibilidades para a atuação do movimento junto à sociedade brasileira como um todo. A formulação de uma nova vontade política no campo da saúde concretizou-se no campo da formulação e aprovação democrática do Sistema Único de Saúde (SUS), matéria da Constituição de 1988, onde a saúde é consagrada como um direito social. As justificativas, condicionamentos teóricos e inter-relações desse acontecimento podem ser encontrados ainda que preliminarmente, no texto de Arouca.[2]

No campo acadêmico, o movimento preventivista desembocou em um processo de criação e reconstrução conceitual, científica e técnica que im-

2 TEIXEIRA, S. F. (Org.) *Reforma sanitária em busca de uma teoria*. Rio de Janeiro: Cortez, Abrasco, 1989. ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde*: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro, 1987. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, 1987.

pôs a invenção de uma "Saúde Coletiva". Esta se constitui hoje, no país, em uma nova maneira de pensar e agir sobre os processos vitais, psíquicos, sociais e ecológicos que caracterizam as dualidades saúde/doença, vida/morte, bem-estar (felicidade)/sofrimento e reflete a forma particular (brasileira) com que enfrentamos localmente a chamada "crise da Saúde Pública", internacionalmente discutida. Ou seja, o discurso constitutivo da Saúde Coletiva em sua raiz, se considerarmos ainda hoje válidas as elaborações de Arouca, expressaria, de alguma maneira, a organização de um amplo e criativo diálogo multifásico que articulou dimensões dos discursos da Saúde Pública e da Medicina Social.

Se não, vejamos; a Saúde Coletiva define-se, no âmbito do conhecimento, como um campo de práticas científicas, teóricas e empíricas, multi e transdisciplinares, e no plano da ação/intervenção, como um campo de práticas multifacetárias (sociais/políticas/econômicas/biotécnicas/educacionais), onde o cuidado é considerado um núcleo estrutural consistente, sendo tais práticas orientadas pela necessidade coletiva sobre os condicionantes e o próprio processo saúde/doença. Ambos os campos são situados pela responsabilidade ética, social e política, que têm como sentido/valor a saúde, como bem comum. Vale dizer, a responsabilidade ética é decorrência e se estabelece pelo nível de consciência social e sanitária de seus praticantes, como coletivo de profissionais organizados.[3]

Assim, a Medicina adjetivada como Preventiva é sucedida pela Saúde adjetivada como Coletiva. Se a primeira se define como forma específica de cuidado, qual seja, o cuidado médico para prevenir a doença, o que denota a adoção de uma maneira concreta de atuar dentro do sistema de saúde e no interior da prática médica, a segunda se define como abstração, como objeto de procura, que se remete, como finalidade, à idéia de um constructo que não mais se situa somente como ação sobre o outro, mas também como pensamento e consciência, dimensões do valor (ético/estético-social-biológico). Essa mudança que marca a disposição de uma von-

3 Ver o interessante debate a partir do texto de CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saber e práticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.5, n.2, p.219-25, 2000. Cf. PAIM, J., ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Saúde Pública*, v.32, n.4, p.299-316, agosto 1998. *Pan American Health Organization*. The crisis of public health: reflections for the debate. Washington, D. C., 1992.

tade política que quer algo mais, melhor e para todos: a saúde e não a doença, a construção das condições que contribuam para o alcance dessa meta em todas as dimensões, em vez da simples prevenção de riscos fatoriais e da modificação de atributos pessoais que possam facilitar o aparecimento e desenvolvimento de doenças e de lesões.

O discurso preventivista, segundo Arouca, operou uma biologização de seu campo conceitual, ao incorporar enunciados de diferentes campos teóricos sob a dominância dos conceitos biológicos e médicos concentrados e centralizados na medicina e utilizados como elementos do poder médico. Esse processo é limitado pela combinação das práticas discursiva, ideológica e empírica/experimental da Medicina Preventiva, que por essa razão não constitui, em seu interior, em uma prática teórica e em uma prática política que possibilitariam o entendimento e a ação de seus seguidores, diante de situações de crises presentes dentro e fora do sistema de saúde.

Pode-se dizer que o discurso da Saúde Coletiva assume uma prática teórica e opera contrariamente ao discurso preventivista, uma desbiologização do campo conceitual da Medicina Preventiva, instaurando o domínio compartido e flexível de um regime articulado dos conceitos sociais e biológicos. Esse processo permite a desconcentração do conhecimento que se redistribui pelas várias profissões da saúde e refaz uma nova escala de transcendência que permite o encaminhamento de redefinição de poderes no interior da área da saúde, na medida da inclusão de uma prática política.

Nesse sentido, poderíamos pensar ser a proposta de um "Programa de Saúde da Família" no Brasil uma mudança na forma de atenção na saúde, necessária e consistente no interior do SUS, tomado como campo concreto de práticas ideológicas, políticas e técnicas da Saúde Coletiva que comprovaria uma das formas de pensamento/ação dessa área? Ou seja, poderíamos aplicar a ela o significado de ser um dos possíveis "projetos de operacionalização/demonstração" do discurso da Saúde Coletiva, no sentido que Arouca dá ao projeto da "Medicina de Comunidade" em relação ao discurso preventivista? Enfim, o ideal preventivista de mudança do profissional médico e de sua prática seria aqui realizado a partir da Saúde Coletiva e consistindo na expressão de uma ideologia de sentido oposto àquela da proposta preventivista?

Nesse diapasão, essa proposta (Saúde da Família) poderia também ser vista como um projeto com vistas a recuperar a dimensão individual/fa-

miliar, ultrapassada e obscurecida pela ênfase e unilateralidade do discurso coletivista em seus primeiros momentos. Essa possível recuperação que se opera no contexto de um programa de atenção primária/básica de saúde, de corte público/responsabilidade estatal e que se difunde e estende aos coletivos familiares de toda a nação, cumpre também com o objetivo da universalização da atenção à saúde, abrindo ainda mais as portas do SUS para uma população desassistida e necessitada de cuidados. Combinando cuidados preventivos e curativos, é integrado por equipe multiprofissional, onde o médico, como todos os outros profissionais de saúde, trabalhando de forma cooperativa, são responsáveis pelas intervenções e cuidado, tendo funções e atividades definidas e articuladas. O objetivo, então, não é somente a recuperação da saúde (foco nos doentes), mas também a implementação e manutenção das condições julgadas como componentes de seu complexo de determinantes (promoção da saúde). Afinal, contribui para o fortalecimento da consciência sanitária das populações a que serve, ao articular e coletivizar as experiências familiares no nível do espaço sanitário, geopolítico e social que sedia suas atividades.

Haveria, então, "cidades saudáveis", "nações saudáveis", "regiões planetárias saudáveis", "planetas saudáveis", "saúdes ambientais"? Que outras dimensões comporiam a fragmentada integralidade da saúde ou o olhar que "cuida" da Saúde Coletiva? Ou a integralidade foi momentaneamente abandonada no processo da universalização do cuidado e a compreensão do todo dificultada pela análise dos muito olhares dessa saúde no coletivo, olhares complexos, mas que ainda não conseguiram ultrapassar a dimensão da multidisciplinaridade que se desarticula na falta de momentos de síntese? Indo mais além, a horizontalidade das práticas discursivas e da ação coletiva em saúde, ainda que carregadas de potências técnica-instrumentais e políticas, implicaria perda de profundidade, perda de conteúdo, privilegiando regiões do saber/conhecer e da ação imediatamente disponíveis a um pensamento propositivo e a uma intervenção técnica?

Finalizando, sabe-se que a globalização econômica que hoje penetrou todas as dimensões de organização do poder e de elaboração do pensamento modificou teorias e conceitos com que o mundo e a vida eram explicados.[4] De outra óptica, esse processo significa a transformação do mun-

---

4 FOUCAULT, M. *A história da sexualidade*. Rio de Janeiro: Graal, 1977, 1984, 1985. 3v. DELEUZE, G., GUATTARI, F. *Mil platôs*. São Paulo: Ed. 34, 1996. v.1 e 2.

do, de seus povos e de suas reservas naturais, inclusive a biodiversidade e toda a extensão da vida em mercadorias, submetidas real e efetivamente ao capital, numa dimensão de biopoder. Segundo Hardt & Negri,[5] a precedência dos setores de serviço e de informação sobre os demais setores da produção no processo de pós-modernização econômica ("informatização") assinala uma "nova maneira de tornar-se humano". No setor de serviços, entre os quais se encontra a saúde, o processo de produção se realiza através do "trabalho imaterial". Note-se que o os próprios produtos desse trabalho, ainda que algumas vezes as atividades sejam físicas, são imateriais: o bem-estar, a saúde, ou seja, o biopoder. Assim, ao se basear no "cuidado", o trabalho em saúde é também um "trabalho afetivo" que requer contato humano (virtual ou real), e onde a cooperação é imanente. Assim pensado, há uma brecha em termos da possibilidade de valorização desse tipo de trabalho fora do âmbito do capital, ou seja, a cooperação própria desses moldes de trabalho (imaterial e afetivo) engendra um poder que, por si mesmo, pode valorizar esse tipo de trabalho, apesar da vigência de uma efetiva e real subordinação ao capital.

Arouca, ao assumir a tese de Canguilhen[6] e considerar que o cuidado (médico) atua sobre valores, polaridades da vida, normatividades, assume implicitamente a possibilidade de criação de valor nesse processo de trabalho, embora não tenha desenvolvido sua análise em todas as dimensões que o assunto hoje requer. Talvez porque a percepção da importância econômica desse tipo de produção e a positividade desse trabalho específico (novo valor) ainda não estivessem suficientemente visíveis naquele momento.

Por sua vez, a globalização, com todo o seu cortejo de conseqüências, pode significar também a possibilidade verdadeira de mudanças projetadas e defendidas por todos, numa luta global, em todas as dimensões (vitais, sociais, econômicas, políticas, ecológicas, psicológicas e culturais)[7] que reassumiriam e apontariam um processo pacífico de refazenda da integralidade homem/natureza que redefiniria o trabalho, força criativa como fonte de prazer, condição de saúde, amorosamente articulando o coletivo e o subjetivo, o eu e todos nós.

---

5 HARDT, M., NEGRI, A. *Império*. Rio de Janeiro, São Paulo: Record. 2001.

6 CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. Mexico: Siglo XXI, 1971.

7 HART & NEGRI, op. cit.

Fica a pergunta derradeira: Não seria tempo de exercer sobre a Saúde Coletiva um pensamento crítico e reflexivo com o rigor e abertura que observamos no trabalho de Arouca e lhe confere força, de tal maneira a permitir aos praticantes desse campo a elaboração de um novo conteúdo e forma de contribuição específica para essa luta global, que também é uma luta democrática pela saúde?

Capítulo II
Metodologia

A obra de Michel Foucault

Para compreender as proposições conceituais de Foucault contidas na *Arqueologia do saber*, devemos acompanhá-lo, mesmo que de forma sucinta, através de seu percurso intelectual. Rouanet (1971), em seu trabalho "A gramática do homicídio", divide a obra em dois momentos: o primeiro tratando da descrição empírica do discurso da medicina, o discurso da loucura e o discurso das epistemes; e o segundo momento, da reflexão teórica sobre os princípios colocados ou não em jogo nas descrições, o momento de sistematização de um trabalho que, segundo Foucault (1971a), seria muitas vezes intuitivo e elaborado em uma certa desordem, no interior de uma tarefa que era tentar medir

> as mutações que se operam em geral no domínio da história; empresa onde são postos em questão os métodos, os limites, os temas próprios da história das idéias; empresa pela qual se tenta aí desfazer as últimas sujeições antropológicas; empresa que quer, em troca, mostrar como as sujeições puderam se formar.

Doença mental e personalidade, escrito em 1954, é a primeira tentativa de Foucault para compreender a doença mental através do estudo das análises psicológicas e dos conceitos que revelam a existência dessa doença nas culturas em que emergiram.

Mais tarde, Foucault reelabora esse trabalho, dando-lhe inclusive um novo título: *Doença mental e psicologia*, e dando um novo significado ao trabalho, no qual começa a aparecer o projeto arqueológico. O autor começa a perguntar-se sobre a natureza da alienação e de que mundo aliena o homem. A resposta se dá em dois sentidos: por um lado, a reestruturação do espaço cultural em que o normal passa a ser aquele comportamento que se adapta à liberdade burguesa, o que está ligado a toda uma reformulação no conjunto de práticas médicas; e, por outro, a afirmação positiva de uma cultura no fenômeno que rejeita (a loucura) no momento em que "o grande confronto da Razão e da Desrazão deixou de se fazer na dimensão da liberdade e em que a razão deixou de ser para o homem uma ética para tornar-se uma natureza" (Foucault, 1968a).

O primeiro livro do momento descritivo é *História da loucura na Idade Clássica*, em que Foucault (1961) desenvolve e amplia estudos já iniciados com o livro *Doença mental e psicologia*, analisando o gesto que instaura a loucura e a torna possível como objeto do conhecimento.

O problema central da *História da loucura* foi o aparecimento de uma nova disciplina no século XIX – a Psiquiatria – que se diferenciava, em termos de conteúdo, de organização interna e de prática, da medicina do século XVIII. O estudo do surgimento desta nova disciplina demonstrou que as condições que possibilitaram seu aparecimento estavam ligadas a "um jogo de relações entre a hospitalização, a internação, as condições e os procedimentos da exclusão social, as regras de jurisprudência, as normas do trabalho industrial e da moral burguesa".

Nos séculos XVII e XVIII, as doenças mentais eram tratadas no interior do discurso médico, obedecendo ao mesmo estatuto das doenças orgânicas e, portanto, sem nenhuma autonomia. A prática discursiva que se investia na medicina para tratar da doença mental também existia nos regulamentos administrativos, nos textos literários ou filosóficos, nos projetos de trabalho obrigatório ou de assistência aos pobres.

A *História da loucura* é muito mais a história da cesura entre a razão e a desrazão, a história, enfim, da repressão da desrazão; assim, Rouanet (1971) divide o trabalho nas seguintes etapas:

1 A *Indiferenciação*: corresponde à visão renascentista da loucura, em que o "louco é visto como o homem essencial, que em sua natureza secreta é furor e desrazão" (Rouanet, 1971). A loucura é tratada no espaço da

arte como o desejo de uma inocência utópica; na literatura, a "experiência da loucura é confiscada pela consciência moral. Porém o ponto fundamental dessa fase é que a loucura é imanente ao mundo e não representa uma alteridade". Assim se refere Foucault (1968b) à visão que a renascença tinha da loucura:

> A loucura está ali, no coração das coisas e dos homens, signo irônico que dissolve as fronteiras da verdade e da quimera, guardando apenas a memória das grandes ameaças trágicas – vida mais inquieta que inquietante, agitação frívola, mobilidade da razão.

2 A *Segregação*: definindo a loucura como alteridade inscrita no plano moral da ociosidade, o período clássico surge como antítese da Renascença, configurando-se como a época da reclusão. A loucura está ao lado dos ociosos, dos libertinos, dos desempregados, contrariando a lógica de uma sociedade mercantilista. A loucura passa a ser a perversão da essência humana, um antimundo e, como tal, sujeita à reclusão.

3 O *Asilo*: com o surgimento do capitalismo e a decorrente necessidade de força de trabalho, a loucura é separada da pobreza, cujo estatuto social é modificado. A loucura é isolada na reclusão, sendo liberada para o conhecimento.

Foucault (1971a), revendo a *História da loucura*, considera que se tratava de uma formação discursiva em que os pontos de escolha teóricos, os sistemas conceituais e os regimes enunciativos eram de pouca complexidade e que o problema era a emergência de uma pluralidade de objetos misturados e complexos. Em termos metodológicos, o problema situava-se no nível das regras de formação dos objetos.

Tratava-se, pois, de demarcar as *superfícies de emergências* dessa pluralidade de objetos. No século XIX, além da família, do grupo social próximo, do meio de trabalho, da comunidade religiosa, surgiram novas superfícies, como a arte, a sexualidade e a penalidade, e nesses campos o discurso psiquiátrico encontrou possibilidade de "limitar seu domínio, de definir aquilo de que se fala, dar-lhe o estatuto de objeto, ou seja, de fazê-lo aparecer, de torná-lo nomeável e descritível". Tratava-se de determinar as *instâncias de delimitação* que reconheceram a medicina como a instância superior que define a loucura como objeto, juntamente com a justiça penal, a autoridade religiosa, a crítica literária e artística. Tratava-se de anali-

sar as *grades de especificação* que se constituíam nos sistemas segundo os quais se classificavam, separavam, agrupavam, derivavam as diferentes loucuras como objetos do discurso psiquiátrico. Tratava-se de determinar as relações estabelecidas entre as categorias psiquiátricas e judiciárias, entre as instâncias de decisão médica e instâncias de decisão judiciária, entre as normas familiares sexuais, penais, do comportamento dos indivíduos e o quadro dos sintomas patológicos e doenças de que são sinais etc.

Em síntese, assim refere-se Foucault:

> o discurso psiquiátrico, no século XIX, caracteriza-se não por objetos privilegiados, mas pela maneira pela qual forma seus objetos, de resto muito dispersos. Essa formação é assegurada por um conjunto de relações estabelecidas entre instâncias de emergência, de delimitação, e de especificação.

O segundo momento descritivo da obra de Foucault (1966) trata da análise do *Nascimento da clínica*, em que o autor analisa as modificações por que passaram, no fim do século XVIII e início do século XIX, as formas de enunciação do discurso médico.

Colocando-se no nível da especialização e verbalização fundamentais do patológico, Foucault, diante das novas formas de racionalidade médica baseada na percepção empírica, vai encontrar os fundamentos da possibilidade de um discurso científico sobre o indivíduo e, portanto, o aparecimento das chamadas ciências humanas.

Para realizar esse estudo, diante dos pressupostos que caracterizam o percurso intelectual do autor, tornou-se necessário discutir o significado do termo *comentário*. "*¿Es fatal, por lo mismo, que no conocozcamos otro uso de la palabra que el del comentário?*", pergunta o autor, afirmando que sob essa atitude encontramos a idéia de que na linguagem existe sempre um excesso de significado sobre o significante, alguma coisa que se quis dizer e que se encontra oculta no já dito. Comentar seria manter o significante e abrir uma possibilidade infinita de significados, como se os dois tivessem uma autonomia e independência completa um do outro e pudessem, no limite, cada um falar de si próprio.

A proposta metodológica de Foucault nesse livro é deixar na adequação original significado e significante, para realizar uma análise do significado que escape ao comentário. Assim, a Clínica apareceu como um novo corte de significado e o princípio de uma nova articulação com significante que corresponde à linguagem de uma "ciência positiva".

Foucault (1972), em uma entrevista concedida à revista *Esprit*, explicita as hipóteses com que trabalhou para estabelecer as relações contidas entre as práticas discursivas e as não-discursivas no interior do *Nascimento da clínica*:

Primeira hipótese: é a consciência dos homens que se modificou (sob o efeito das mudanças econômicas, sociais, políticas); e sua percepção da doença se encontrou, pelo mesmo fato, alterada: eles reconheceram as conseqüências políticas (mal-estar, descontentamento, revoltas nas populações cuja saúde é deficiente), eles perceberam as implicações econômicas (desejo nos empregadores de dispor de uma mão-de-obra sadia, na burguesia do poder de transferir os encargos de assistência ao Estado); eles transferiram sua concepção da sociedade (uma só medicina de valor universal, mas com dois campos de aplicação distintos: o hospital para as classes pobres, a prática liberal e concorrencial para os ricos); eles transcreveram sua nova concepção do mundo (dessacralização do cadáver, o que permitiu as autópsias; importância maior ao corpo vivo como instrumento de trabalho; preocupação com a saúde substituindo a preocupação com a salvação).

Segunda hipótese: as noções fundamentais da medicina clínica derivariam, por transposição, de uma prática política ou, ao menos, das formas teóricas nas quais ela se reflete. As idéias de solidariedade orgânica, de coesão funcional, de comunicação tissular, de abandono do princípio classificatório em proveito de uma análise de totalidade corporal correspondiam a uma prática política que descobria, sob estratificação ainda feudal, relações sociais do tipo funcional e econômico. Ou ainda, a recusa de ver nas doenças uma grande família de espécies quase botânicas e o esforço de encontrar para o patológico seu ponto de inserção, seu mecanismo de desenvolvimento, sua causa e, finalmente, sua terapêutica, não correspondem ao projeto, na classe social dominante, de não mais dominar o mundo só pelo saber teórico, mas por um conjunto de conhecimentos aplicáveis, sua decisão de não mais aceitar como natureza o que se impusesse e ela como limite e como mal?

Foucault recusa as duas hipóteses preliminares: a primeira, pelo fato de que os efeitos constatados só se predominam na medida em que o discurso médico havia adquirido um novo estatuto, além do fato desta hipótese não dar conta da formação de um discurso científico; a Segunda hi-

pótese levanta problemas de certa forma não pertinentes à questão, que é: "no meio de outros discursos e de maneira geral de outras práticas, o modo de existência e de funcionamento do discurso médico para que se produzam tais transposições ou tais transferências".

Terceira hipótese: se há, na verdade, uma ligação entre a prática política e o discurso médico, não é porque essa prática mudou, primeiro, a consciência dos homens, sua maneira de perceber o mundo, depois, finalmente, a forma de seu conhecimento e o conteúdo de seu saber; não é também porque esta prática se refletiu, do início de maneira mais ou menos clara e sistemática, em conceitos e noções ou temas que foram, em seguida, importados pela medicina; é de uma maneira muito mais direta: a prática política transformou não o sentido nem a forma do discurso, mas suas condições de emergência, de inserção e de funcionamento; ela *transformou o modo de existência do discurso médico*.

Assim, como na obra anterior, temos a análise de três fases distintas:

1 *A medicina classificatória*: caracteriza-se por um conceito de enfermidade em que seu espaço de configuração independe de seu espaço de localização no corpo do doente, em que a enfermidade participa de uma organização hierarquizada em famílias, gêneros e espécies e está contida em um espaço onde a vertical delimita as complicações e a horizontal, as homologias. As analogias definem a essência das doenças e a forma das analogias vale como uma lei de sua própria produção. O médico, para apreender a essência do fato patológico, deve necessariamente abstrair-se do doente. Um dos aspectos importantes da medicina classificatória é que, pelas características da natureza da doença, essa possui uma espacialização livre, sem sujeição ao hospital.

2 *A medicina clínica*: no fim do século XVIII, começa a surgir a medicina clínica, proveniente de uma experiência inicialmente pedagógica, que instaura uma nova relação entre o olhar do médico e a essência das doenças e que se dá inteiramente à visão, decorrendo, portanto, a possibilidade de sua enunciação. Assim refere-se Foucault (1966):

> *La clínica es probablemente el primer intento, desde el Renacimiento de formar una ciencia unicamente sobre el campo perceptivo y una prática sólo sobre el ejercicio de la mirada.*

3 *A medicina anátomo-patológica*: instituindo a morte como uma forma de conhecer a vida, a anátomo-patologia abre o espaço da medicina para a tridimensionalidade e promove o encontro da configuração da doença com o seu espaço de localização. A morte, definida como o fim de um processo mórbido, permite conhecer as doenças através de estudo do indivíduo. *"El cadaver abierto y exteriorizado, es la verdad interior de la enfermedad, es la profundidad extendida de la relación médico-enfermo"*. No *Nascimento da clínica,* Foucault considera que, dentro das regras de formação, a análise voltara-se "menos para a formação dos sistemas conceituais, ou para a das escolhas teóricas, do que para o estatuto, o lugar institucional, a situação e os modos de inserção do sujeito-que-discursa".

Os discursos médicos no século XIX são formados por descrições qualitativas, narrações bibliográficas, demarcação, interpretação e recorte dos signos, raciocínios por analogia, verificações experimentais e outras formas, mas o importante para se definir a *formação das modalidades enunciativas* é encontrar a lei de todas essas enunciações e o lugar de onde vêm.

A primeira pergunta a ser respondida é: quem fala? – estudando o estatuto dos médicos, que define a sua competência e seus limites, as suas relações com outros grupos e com a sociedade, a sua definição reivindicada de ser o personagem que tem o "poder de conjurar o sofrimento e a morte", e as modificações surgidas nesse estatuto com a sociedade industrial, quando a saúde das populações, na forma de força de trabalho, passou a ser um dos elementos importantes para a produção.

O segundo problema é especificar os lugares institucionais de onde o médico obtém seu discurso, profere-o e encontra seu ponto de aplicação.

Assim, no século XIX, o hospital, a clínica privada, o laboratório e a biblioteca articulam-se, possibilitando a prática discursiva da medicina. Em seguida, trata-se de determinar a posição do sujeito em relação aos diversos domínios e grupos de objetos. No século XIX, o campo perceptivo da medicina foi redefinido com a utilização de inovações instrumentais, pelas técnicas cirúrgicas, pela anatomia patológica, por novos sistemas de registros de dados, com a instituição de novas formas de ensino e nas relações com outros domínios não médicos.

O terceiro trabalho do momento descritivo é uma obra mais complexa que as anteriores, que tratavam de áreas específicas do saber, já que *As*

palavras e as coisas (1969) trata da descrição de totalidades culturais. A unidade desse estudo são as *epistemes*, ou seja, "o conjunto das relações que se pode descobrir, para uma época dada, entre as ciências, quando são analisadas ao nível das regularidades discursivas". Tratava-se de estudar as redes de conceitos e suas regras de formação na Gramática Geral, na História Natural e na Análise das Riquezas.

A história das idéias e das ciências, segundo Foucault, caminhou da Renascença até nossos dias por três epistemes: a renascentista, a clássica e a moderna.

1 *A episteme da Renascença* – o conceito fundamental dessa episteme é o da *similitude*, uma vez que o saber é o saber das semelhanças, pois, se esta se expressa pelas assinaturas (marcas impressas nas coisas) possibilita o trabalho da decifração do real. Assim, saber é decifrar e as palavras e as coisas encontram na similitude um ponto de reunião.

2 *A episteme clássica* – o conceito de similitude é substituído, no período clássico, pelo sistema da *Representação*, constituindo um novo espaço de identidades e diferenças. O projeto geral da episteme clássica é estabelecer uma clínica Geral da Ordem, constituído de um sistema articulado de uma *mathesis* – ordem das naturezas simples, abrangendo as ciências da quantidade; uma *taxonomia* – ordem das naturezas complexas, abrangendo as ciências da qualidade; e uma *análise genética* – ordem das constituições das ordens.

Foucault encontra na Gramática Geral – teorias da linguagem em que os sistemas de signos têm a capacidade de representar todas as coisas; na História Natural – teoria da classificação dos seres, em que todo o visível pode ser reduzido a um esquema classificatório de famílias, gêneros e espécies; na Análise das Riquezas – teoria da moeda, em que toda a riqueza pode ser intercambiável com a moeda – um embasamento fundamental de uma teoria dos signos e da representação. Em síntese, "toda linguagem é nomeável, todo ser é classificável, toda riqueza é monetizável: três manifestações convergentes da visão clássica, baseada na certeza de que todo o real pode ser representado e de que toda representação expressa pelo discurso, pode ser inscrita num quadro, instância suprema da Ordem" (Rouanet, 1971).

3 *A episteme moderna* – caracteriza-se pela substituição da Ordem pela idade da *História*, em que surge como objeto do conhecimento o *Homem*. Para o mundo moderno, a História impõe suas leis a tudo que nos é ofere-

cido à experiência; assim, a História das Riquezas transforma-se na Economia, em que o conceito fundamental não é mais a moeda, mas, sim, o processo de produção e, portanto, o trabalho; a História Natural transforma-se na Biologia, substituindo a noção de ser vivo pela noção da vida, separando-a definitivamente do inorgânico e atribuindo-lhe uma organização interna e um conjunto de relações com o mundo exterior, o que tornou possível o aparecimento das teorias evolucionistas; a Gramática Geral transforma-se na Filosofia em que a palavra só é significativa dentro de uma organização gramatical que lhe assegura a coerência da linguagem.

As coisas, dentro da episteme moderna, oferecem-se à experiência dentro da subjetividade de um ser pensante – o Homem – *"una invención reciente, una figura que no tiene dos siglos, un simple pliegue de nuestro saber ... (que) desaparecerá apenas este saber haya encontrado una forma nueva"*.

Rouanet encontra, entre os três trabalhos do momento descritivo de Foucault, uma unidade, pois seguem o mesmo plano formal, a sucessão é delimitada em um esquema sempre ternário (medicina das espécies, medicina clínica, anátomo-patologia – Renascença, Clássica e Moderna – indiferença, segregação e asilo), uma correspondência geral entre as diversas fases dos três trabalhos, como na episteme moderna, quando o Homem aparece sobre sua própria finitude (a história) e as coisas dotadas de uma interioridade própria, a medicina anátomo-patológica instaura a tridimensionalidade sobre um pano de fundo da morte e a psiquiatria define o louco em termos de sua própria patologia.

Terminado o momento descritivo, Foucault realiza um trabalho de sistematização dos princípios e conceitos utilizados na fase anterior, começando a dar-lhes um estatuto teórico, trabalho que, segundo o autor, não estava nem perfeitamente no campo teórico, nem no campo metodológico, tratava-se mais de "uma tentativa de identificar o nível no qual precisa situar-me (o autor) para fazer surgir esses objetos que eu tinha manipulado durante muito tempo sem saber sequer que eles existiam, e portanto sem poder nomeá-los" (Rouanet, 1971).

A história arqueológica

Foucault (1972) define História Arqueológica como aquela que "estuda as práticas discursivas na medida em que dão lugar a um saber e em que

este saber assume o estatuto e o papel da ciência". A tarefa que se impõe é determinar as noções que permeiam o processo da prática discursiva que leva à produção de um saber.

O projeto de estudo define-se como "uma descrição pura dos fatos do discurso..." que não se confunde com a análise lingüística, pois trata-se de um conjunto sempre finito e atualmente limitado pelas únicas seqüências lingüísticas que foram formuladas ... [onde se procura] ... compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de seu acontecimento; determinar as condições de sua existência, fixar, o mais precisamente possível, seus limites, estabelecer suas correlações com outros enunciados, aos quais possa estar ligado e mostrar que outras formas de enunciação excluem [o enunciado]".

Sendo a natureza do discurso os fatos que o compõem na sua especificidade como acontecimento e na sua finitude como conjunto de elementos, a unidade que se deve especificar, também como um acontecimento, é o *enunciado*.

Diferenciando-se da noção de proposição dos lógicos, da frase dos gramáticos e do "*speech act*" dos analistas, o enunciado é "uma função de existência que pertence, em particular, aos signos, e a partir do qual pode-se decidir em seguida, pela análise ou pela intuição, se 'fazem sentido', ou não, segundo que regra se sucedem ou se justapõem, de que são signo, e que espécie de ato se encontra efetivado por sua formulação (oral ou escrita)" (Foucault, 1972). Assim, a função enunciativa possui as seguintes características:

1 uma série de signos se tornará enunciado com a condição de que tenha com "outra coisa" (que pode ser-lhe estranhamente semelhante e quase idêntica) uma relação específica que é concernente a ela mesma e não a sua causa nem a seus elementos;

2 um enunciado mantém com um sujeito uma relação determinada que permite caracterizar qual é a posição que deve e pode ocupar o indivíduo para ser seu sujeito;

3 a função enunciativa não pode se exercer sem a existência de um domínio associado. O campo associado faz de uma frase ou de uma série de signos um enunciado e é constituído:

a) pela série de outras formulações, no interior das quais o enunciado se inscreve e forma um elemento;

b) pelo conjunto de formulações a que o enunciado se refere (implicitamente ou não), seja para repeti-las seja para modificá-las ou adaptá-las, seja para se opor a elas seja para, por sua vez, falar delas;
c) pelo conjunto das formulações cujo enunciado propicia a possibilidade ulterior e que podem vir, depois, dele, como sua conseqüência, ou sua seqüência natural, ou sua réplica;
d) pelo conjunto das formulações de que o enunciado em questão divide o estatuto, entre as quais toma lugar sem consideração de ordem linear, com as quais se apagará, ou com as quais, ao contrário, será valorizado, conservado, sacralizado e oferecido como objeto possível, a um discurso futuro.

4 o enunciado deve ter existência material.

Definindo o enunciado como uma unidade de análise no interior do universo do discurso, que estabelece um feixe com outros enunciados, deve-se remetê-la a um novo campo, qual seja, o constituído pelos acontecimentos não discursivos como os de ordem política, social, econômica, prática etc. Foucault, depois de aprisionar o enunciado em um conjunto de relações discursivas, libera-se para um novo campo de acontecimentos, onde também as relações não se dão nas consciências dos sujeitos.

Podemos agora explicitar o tema mais geral da metodologia de Foucault, que consiste em estudar o "modo de existência dos acontecimentos discursivos em uma cultura" (Foucault, 1971). Nesse sentido, o *arquivo* perde, como noção, a conotação tradicional de textos conservados por uma civilização para passar a ser "o jogo das regras que determinam, em uma cultura, a aparição e o desaparecimento dos enunciados, sua permanência e sua supressão, sua existência paradoxal de acontecimentos e de coisas" (Foucault, 1971b).

Nesse momento, Foucault retorna sobre o discurso para caracterizá-lo diante da análise não mais como um documento, mas, sim, como um *monumento*, o que definiria sua história como arqueológica.

Diferenciando o *enunciado* de uma unidade do tipo lingüístico, mas considerando-o como uma *função enunciativa*, essa função coloca aquelas unidades "em relação com um campo de objetos; em lugar de lhes conferir um sujeito, abro-lhes um conjunto de posições subjetivas possíveis; em lugar de fixar seus limites, coloca-se em um domínio de coordenação e de

co-existência; em lugar de determinar sua identidade, aloja-as em um espaço em que são investidas, utilizadas" (Foucault, 1972). Estranha a unidade criada por Foucault, que, ao mesmo tempo, cria unidades e delimita o campo de seu exercício e de sua possibilidade.

Para proceder a uma descrição dos enunciados, torna-se necessário definir alguns dos termos básicos utilizados:

Performance lingüística: todo conjunto de signos efetivamente produzidos a partir de uma língua natural (ou artificial).

Formulação: o ato individual (ou, a rigor, coletivo) que faz surgir, em um material qualquer, e segundo uma forma determinada, o grupo de signos.

Frase ou proposição: as unidades que a gramática ou a lógica podem reconhecer em um conjunto de signos.

Enunciado: modalidades de existência própria a esse conjunto de signos, modalidade que lhe permite ser algo diferente de uma série de traços, algo diferente de uma sucessão de marcas em uma substância, algo diferente de um objeto qualquer fabricado por um ser humano; modalidade que lhe permite estar em relação com um domínio de objetos, prescrever uma posição definida a qualquer sujeito possível, estar situado entre outras *performances* verbais, estar dotado, enfim, de uma materialidade repetível.

Discurso: conjunto de enunciados que provém de um mesmo sistema de formação, ou seja, que provém de uma mesma formação discursiva.

Prática discursiva: um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma época dada e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa.

O que se esboça é uma teoria do enunciado, em que, diante de uma determinada *performance* lingüística, acontece historicamente um ato de formulação, constituindo um conjunto de signos no qual podemos identificar frases, proposições e enunciados. As práticas discursivas (como um conjunto de regras) definem as condições de existência dos enunciados que se acham contidos em um discurso, que provêm de uma mesma formação discursiva, que trataremos agora de explicitar:

Formação discursiva: quando, para um grupo de enunciados, pode-se demarcar e descrever um referencial, um tipo de desvio enunciativo, uma rede teórica, um campo de possibilidades estratégicas.

Regras de formação: seriam as condições de existência dos elementos de uma formação discursiva, constituindo-se de regras de formação dos objetos, de modalidades discursivas, de formação dos conceitos e de formação das estratégias.

Positividade: esse sistema de quatro níveis, que rege uma formação discursiva, e deve dar conta não de seus elementos comuns, mas do jogo de suas variações, de seus interstícios, de suas distâncias e lacunas, mais que de suas superfícies cheias.

A análise enunciativa, além de promover a determinação das regras de formação que constituem a positividade de uma formação discursiva, deve levar em conta os efeitos da raridade, exterioridade e acúmulo.

Raridade: quando quer determinar o princípio segundo o qual puderam aparecer os únicos conjuntos significantes que foram enunciados.

Esse princípio, estabelecendo o discurso como um subconjunto limitado de tudo que poderia ser dito no universo das possibilidades, comporta:

1 o princípio de que nem tudo é sempre dito, em relação ao que poderia ser enunciado em uma língua natural;

2 os enunciados no limite que os separa do que está dito, na instância que os faz surgir à exclusão de todos os outros;

3 a localização singular que o enunciado ocupa na dispersão geral dos enunciados;

4 a retomada dos enunciados em uma totalidade que os unifica e multiplica o sentido que habita em cada um deles.

Exterioridade: quando o que importa não é quem fala, mas sim que o que se diz não é dito de qualquer lugar.

O princípio da exterioridade retoma a descentralização do sujeito e comporta:

1 que o campo dos enunciados seja tratado não como resultado ou traço de outra coisa, mas como um domínio prático que é autônomo (apesar de pendente) o que se pode descrever a seu próprio nível (se bem que seja preciso articulá-lo com algo que não ele);

2 reconhecer, nas diferentes formas de subjetividade que fala, efeitos próprios ao campo enunciativo;

3 reconhecer que os tempos dos discursos não são a tradução, em uma cronologia visível, do tempo obscuro do pensamento.

Acúmulo: quando se procura caracterizar os enunciados na espessura do tempo em que subsistem, em que se conservam, em que são reativados e utilizados, em que são também, mas não por uma destinação originária, esquecidos, eventualmente, e, mesmo, destruídos.

O acúmulo remete-nos ao campo da dinâmica da memória e comporta:

1 remanência – que os enunciados se conservaram graças a um certo número de suportes e de técnicas materiais, segundo certos tipos de instituições e com certas modalidades estatutárias, mas também que os enunciados estão investidos em técnicas que os colocam em aplicação, em práticas que daí derivam, em relações sociais que se constituíram ou modificaram, através dele;

2 aditividade – os tipos de grupamentos entre enunciados sucessivos não são sempre os mesmos e não procedem por simples amontoamento ou justaposição de elementos sucessivos;

3 recorrência – que todo enunciado comporta um campo de elementos antecedentes em relação aos quais se situa, mas que tem o poder de reorganizar e de redistribuir, segundo relações novas.

Em síntese, poderíamos dizer que a meta final da análise arqueológica proposta por Foucault é "definir o tipo de positividade de um discurso".

Podemos descrever, para uma dada formação discursiva, limiares que descrevem momentos de diferentes emergências distintas.

Assim:

Limiar de positividade: o momento a partir do qual uma prática discursiva se individualiza e assume sua autonomia; o momento, por conseguinte, em que se encontra um único e mesmo sistema de formação dos enunciados ou, ainda, o momento em que esse sistema se transforma.

Limiar de epistemologização: quando no jogo de uma formação discursiva, um conjunto de enunciados se recorta, pretende fazer valer (mesmo sem consegui-lo) normas de verificação e de coerência e exerce, face ao saber, uma função dominante (de modelo, de crítica ou de verificação).

Limiar de cientificidade: quando a figura, epistemologicamente assim delineada, obedece a um certo número de critérios formais, quando seus enunciados não obedecem somente a regras arqueológicas de formação, mas, além disso, obedecem a certas leis de construção das proposições.

Limiar da formalização: quando esse discurso científico, por sua vez, puder definir os axiomas que lhe são necessários, os elementos que usa, as

estruturas proposicionais que lhe são legítimas e as transformações que aceita, quando puder, assim, desenvolver, a partir de si, o edifício formal em que se constitui.

Esses limiares podem demarcar níveis diferentes para a análise histórica:

Análise recorrencial: que só pode ser feita no interior de uma ciência constituída e uma vez transposto seu limiar de formalização.

História epistemológica: que se situa no limiar da cientificidade e que se interroga sobre a maneira pela qual esse limiar pode ser transposto, a partir de figuras epistemológicas diversas. Quando se propõe a estudar a formação de uma ciência através de seu caminho de purificação de conceitos, de definição de seu passado como ideológico.

História arqueológica: a que toma como ponto de ataque o limiar de epistemologização, o ponto de clivagem entre as formações discursivas definidas por sua positividade e figuras epistemológicas que não são todas, forçosamente, ciências.

Em síntese, a análise arqueológica trata o discurso na qualidade de um monumento, definindo-o em sua especificidade, o que possibilita uma análise diferencial das modalidades de discurso, coloca em suspenso a obra e o sujeito criador, para realizar, ao final, a descrição sistemática de um discurso-objeto.

Arqueologia e análise das ciências

O problema que se coloca, à medida que avançamos na metodologia proposta por Foucault, é: a qual discurso se dirige a análise arqueológica, aos discursos científicos, pré-científicos ou pseudocientíficos?

O autor responde a essa pergunta dizendo que a "arqueologia percorre o eixo prática discursiva-saber-ciência...", definindo:

Saber: o conjunto dos elementos (objetos, tipos de formulação, conceitos e escolhas teóricas) formados, a partir de uma única e mesma positividade, no campo de uma formação discursiva unitária (Foucault, 1971a).

Assumindo saber como o produto de uma determinada prática discursiva, deve-se diferenciar os domínios científicos e os territórios arqueológicos:

Domínio científico: as proposições que obedecem a certas leis de construção.

Território arqueológico: proposições que podem atravessar textos literários ou filosóficos, bem como textos científicos. O saber não está investido somente em demonstrações, pode estar também em ficções, reflexões, narrativas, regulamentos institucionais, decisões políticas.

A ciência e o saber não definem, entre si, uma relação de substituição, exclusão ou justaposição, porém, a "ciência se inscreve e funciona no elemento do saber". Nesse ponto, Foucault (1972) define as relações da ideologia com o discurso científico, afirmando que "o funcionamento ideológico das ciências articula-se onde a ciência se recorta sobre o saber". Daí, uma série de proposições.

1 A ideologia não é exclusiva da cientificidade.

2 As contradições, as lacunas, as falhas teóricas podem assinalar o funcionamento ideológico de uma ciência (ou de um discurso com pretensão científica), mas a análise de tal funcionamento deve-se fazer no nível da positividade e das relações entre as regras de formação e as estruturas de cientificidade.

3 Corrigindo-se, retificando seus erros, estreitando suas formalizações, um discurso não anula forçosamente, por isso, sua relação com a ideologia. O papel desta não diminui à medida que cresce o rigor e que a falsidade se dissipa.

4 Entregar-se ao funcionamento ideológico de uma ciência para fazê-lo aparecer e modificá-lo é retomar a ciência como uma prática entre outras práticas.

Especificando o eixo percorrido pela análise arqueológica surgem, de um lado, as formações discursivas, as positividades e o saber, e, de outro, as figuras epistemológicas e as ciências. A análise das relações estabelecidas entre esses dois grupos de elementos Foucault denomina análise da episteme.

Episteme: o conjunto das relações que podem unir, em uma época dada, as práticas discursivas às ciências; o modo segundo o qual, em cada uma das formações discursivas, situam-se e operam as passagens à epistemologização, à cientificidade, à formalização; a repartição desses limiares, que podem entrar em coincidência, ser subordinados uns aos outros, ou estarem afastados no tempo; as relações laterais que podem existir entre figu-

ras epistemológicas e as ciências, na medida em que provêm de práticas discursivas vizinhas, mas distintas.

O conceito episteme vem completar o quadro das intenções mais gerais do autor que, libertando-se da especificidade de um discurso, vem encontrar "o conjunto das relações que se pode descobrir, para uma época dada, entre as ciências, quando são analisadas ao nível das regularidades discursivas".

Metodologia de Michel Foucault

O problema é analisar uma população de acontecimentos no interior de um discurso, em geral, admitindo que esses acontecimentos formam um espaço finito, onde se procura determinar "essa singular existência que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte..." (Foucault, 1972). Trata-se de realizar uma descrição sistematizada desses acontecimentos discursivos como formação discursiva, procurando encontrar as unidades aí existentes.

Foucault define como formação discursiva aquela onde podemos descrever, entre um conjunto de enunciados, um sistema de dispersão em que existe entre os objetos, os tipos de enunciação, os conceitos, as escolhas temáticas, uma regularidade.

Regras de Formação seriam as condições de existência dos elementos de uma formação discursiva e teríamos:

I Formação dos objetos

a) Superfícies primeiras de emergência – em que se estuda como uma determinada disciplina pode definir "aquilo de que fala", dar-lhe o estatuto de objeto, ou seja, fazê-lo aparecer, torná-lo nomeável e descritível. Estudar o seu aparecimento segundo os graus de racionalização, os códigos conceituais e os tipos de teorias.
b) Grades de especificação – trata-se de estudar as separações, reagrupamentos, classificações, aproximações e derivações das modalidades de um objeto de um discurso.
c) Instâncias de delimitações – o estudo das diferentes instâncias que na sociedade instauram o objeto.

Após estas descrições, fica em aberto um campo de relações:

a) Relações primárias (reais) – aquelas que, independentemente de qualquer discurso ou de qualquer objeto de discurso, podem ser descritas entre instituições, técnicas, formas sociais etc.

b) Relações secundárias (reflexivas) – aquelas formuladas dentro do próprio discurso.

c) Relações discursivas – constituem o feixe de relações que o discurso deve efetuar para poder falar de tais ou quais objetos, para poder tratá-los, analisá-los, classificá-los, etc.

II A formação das modalidades discursivas

Trata-se de, em um primeiro nível, descrever as formas de enunciados utilizados nos discursos, como as descrições qualitativas, narrações bibliográficas, demarcações, interpretações, raciocínios por analogia, dedução, estimativas e experimentos para, em seguida, estudar os seus encadeamentos e relações; em um segundo nível, estabelecer as relações do sujeito que enuncia de acordo com:

a) a determinação de quem fala, de quem no conjunto dos que falam está autorizado a ter essa linguagem, quem recebe a garantia ou a presunção de que essa fala é verdadeira, qual o estatuto dos indivíduos que têm – e apenas eles – o direito regulamentar ou tradicional, juridicamente ou espontaneamente aceito de proferir semelhante discurso;

b) a descrição dos lugares institucionais de onde o sujeito obtém seu discurso e onde este encontra sua origem legítima e seu ponto de aplicação (seus objetos específicos e seus instrumentos de verificação);

c) as posições que o sujeito ocupa em relação aos diversos domínios ou grupos de objetos, segundo seja um sujeito que questiona por uma grade de interrogação, explícita ou não, e que ouve segundo um certo programa de informação; é o sujeito que observa segundo um quadro de traços característicos e que anota segundo um tipo descritivo, utiliza intermediários instrumentais que modificam a escolha da informação, as posições do sujeito na rede de informações como emissor e receptor de observações, de recensões, de dados estatísticos, de proposições teóricas gerais, de projetos ou decisões.

A preocupação nessa fase da análise, em que se busca situar o sujeito que fala diante do enunciado, é procurar se afastar da síntese unificante de um sujeito criador transcendental, de uma subjetividade psicológica, para encontrar o sujeito diante de "uma descontinuidade dos planos de onde fala... [e]... a dispersão do sujeito e sua descontinuidade consigo mesmo".

III A formação dos conceitos

Os conceitos, em um determinado campo discursivo, aparecem em uma dispersão que assume uma aparência de desordem, na qual é preciso descrever a organização do campo de enunciados em que aparecem e circulam, segundo:

a) Formas de sucessão:

1 Ordens das séries enunciativas – ordens das interferências, das implicações sucessivas, dos raciocínios demonstrativos, das ordens das descrições, dos esquemas de generalização, de especificação progressiva, da ordem das narrativas etc.

2 Tipos de dependência dos enunciados – dependência, hipótese, verificação, asserção-crítica, lei geral – aplicação particular.

3 Esquemas retóricos – pela combinação de grupos de enunciados, como se encadeiam as descrições, deduções, definições cuja seqüência caracteriza a arquitetura do texto.

b) Formas de coexistência

1 Campo de presença – pela análise dos enunciados já formulados e que são retomados a título de verdade admitida, descrição exata, raciocínio fundado, pressuposto necessário, crítica, discussão e julgamento.

O campo de presença instaura uma série de relações que podem ser da ordem de verificação experimental, da validação lógica, da repetição pura e simples, da aceitação justificada pela tradição e pela autoridade, do comentário, da busca das significações ocultas, da análise do erro.

2 Campo de concomitância – trata-se dos enunciados que concernem a domínios de objetos inteiramente diferentes e que pertencem a tipos de discursos totalmente diversos, mas que atuam entre os enunciados estudados, assim:

- aqueles que servem de confirmação analógica,
- aqueles que servem de princípio geral e de premissas aceitas para um raciocínio,

- aqueles que servem de modelos que podemos transferir a outros conteúdos,
- aqueles que funcionam como instância superior,
- aqueles enunciados que não são mais nem admitidos nem discutidos, mas em relação aos quais se estabelecem relações de filiação, gênese, transformação, continuidade e descontinuidade histórica – domínio da memória.

c) Procedimentos de intervenção

1 Técnicas de reescritura

2 Métodos de transcrição – segundo uma língua mais ou menos formalizada e artificial.

3 Modos de tradução – dos enunciados qualitativos em quantitativos e vice-versa:

- dos meios utilizados para aumentar a aproximação dos enunciados e refinar a sua exatidão,
- da delimitação dos enunciados por extensão ou restrição de sua validade,
- da transferência de um enunciado de um domínio de aplicação a outro,
- dos métodos de sistematização das proposições que já existem, mas foram formulados em separado,
- dos métodos de redistribuição dos enunciados que já estão ligados uns aos outros, mas que são recompostos em um novo conjunto sistemático.

Essa análise de formação dos conceitos permite, segundo o autor, descrever "não as leis da construção interna dos conceitos, não a sua gênese progressiva e individual no espírito de um homem, mas sua dispersão anônima através de livros e obras..." de forma tal que elas se impõem "segundo um tipo de anonimato uniforme, a todos os indivíduos que tentam falar nesse campo discursivo" (Foucault, 1972).

IV A formação das estratégias

Os discursos promovem certas organizações de conceitos, reagrupamentos de objetos, tipos de enunciações que formam, segundo seu grau de coerência, de rigor e de estabilidade, temas ou teorias. Foucault denomina de estratégia qualquer que seja seu nível formal, esses temas e teorias.

Trata-se agora de saber como essas "estratégias" se distribuem na história:

a) Pontos de difração possíveis do discurso

1 Pontos de incompatibilidade – quando dois objetos ou dois tipos de enunciação, ou dois conceitos podem aparecer na mesma formação discursiva, sem poder entrar, sob pena de contradição manifesta ou inconseqüência, em uma única e mesma série de enunciados.

2 Pontos de equivalência – quando os dois elementos incompatíveis são formados da mesma maneira e a partir das mesmas regras, suas condições de aparecimento são idênticas, situam-se a um mesmo nível e, ao invés de constituir uma simples e pura falta de coerência, formam uma alternativa.

3 Ponto de junção de uma sistematização – quando, a partir de cada um desses elementos, ao mesmo tempo equivalentes e incompatíveis, surge uma série coerente de objetos, de formas enunciativas e de conceitos derivados.

b) Economia da constelação discursiva – o papel que desempenha o discurso estudado em relação a outros que lhe são contemporâneos e que lhe são vizinhos.

c) Função do discurso em um campo de práticas não discursivas quanto a:

1 relações sociais;

2 apropriação do discurso;

3 posições possíveis do desejo em relação ao discurso.

Em síntese, o autor, mantendo-se firmemente no nível do discurso, exclui as leituras não necessárias nos vários níveis de análise: "não seria preciso relacionar a formação dos objetos às palavras nem às coisas; as enunciações nem à forma pura de conhecimento nem ao sujeito psicológico; os conceitos nem à estrutura da idealidade nem à sucessão das idéias; não é preciso relacionar a formação das escolhas teóricas nem a um projeto fundamental nem ao jogo secundário das opiniões".

A crítica a Michel Foucault

Um autor que, como Foucault, tenha se colocado em antagonismo com uma série de idéias já estabelecidas, e que tenha circulado por campos

tão distintos do conhecimento como a medicina, a psiquiatria, a lingüística, a economia e a biologia, certamente é suscetível a uma crítica tão diversificada como os campos que a sua obra abrangeu.

O primeiro nível de crítica é a reconsideração feita pelo próprio autor na *Arqueologia do saber* quando, referindo-se às suas obras anteriores, coloca (Foucault, 1972):

> a *História da loucura* dedicava a uma parte bastante considerável, e aliás bem enigmática, ao que lá se designava como uma "experiência", mostrando assim quanto permanecíamos próximo de admitir um sujeito anônimo e geral da história. No *Nascimento da clínica*, o recurso à análise estrutural, tentando várias vezes, ameaçava subtrair a especificidade do problema colocado e o nível próprio à arqueologia. Enfim, em *As palavras e as coisas*, a ausência de balizagem metodológica permitiu que se acreditasse em análises em termos de totalidades culturais.

Em entrevista concedida a Rouanet & Merquior (1971), Foucault considera que o principal problema (ou defeito) da *Arqueologia do saber* é que não se trata nem completamente de uma teoria nem completamente de uma metodologia, mas sim de uma tentativa de definição do lugar "ao qual o analista deve se colocar para fazer aparecer a existência do discurso científico e seu funcionamento na sociedade". Nos freqüentes retornos críticos sobre sua própria obra, Foucault (1971a) previu a existência de um ponto de ataque para seus opositores e antecipadamente responde: "Não me pergunte quem sou eu e não me diga para permanecer o mesmo: é uma moral do estado civil; ela rege nossos papéis. Que ela nos deixe livres quando se trata de escrever".

Podemos sistematizar as principais críticas à análise arqueológica nos seguintes pontos:

1 *O positivismo de Foucault*: Le Bon et al. (1970), analisando *As palavras e as coisas*, considera que a empresa da análise arqueológica é uma tentativa de suprimir a história através de não pensar a história. O projeto positivista encontraria o primeiro ato de seu desespero quando, no nível da análise sincrônica, não determina com rigor os encadeamentos internos dos elementos do sistema, e, o segundo ato, ao renunciar à análise das causas dos fenômenos em benefício da descrição de correlações, no nível da diacronia, o que condenaria à incoerência.

2 *Foucault e o materialismo histórico*: Rouanet (1971), em seu trabalho "A gramática do homicídio", considera que o título desse trabalho, quando entendemos gramática como o conjunto de regras de uma arte ou ciência, e homicídio como liquidação física de alguém, descreve precisamente a obra de Foucault. Partindo de uma análise no interior da própria obra de Foucault, distingue o Homicídio Metodológico do Ontológico, pois o primeiro resultaria de uma necessidade científica e o segundo como o fim de um percurso. O Homicídio Metodológico encontra-se em toda a obra de Foucault, mas não de uma maneira homogênea, podendo distinguir-se três momentos:

1) *fase transitiva*: em que o autor esboça uma análise histórica sem uma referência teleológica, sem a participação de consciências individuais, porém realizando todo um jogo das relações entre as práticas discursivas e as não discursivas, pertencendo a esta fase o *Nascimento da clínica* e a *História da loucura;*
2) *fase intransitiva*: é o momento de *As palavras e as coisas* em que são deixadas de lado as relações entre o discursivo e o não discursivo, para se permanecer no estudo das regularidades discursivas;
3) *fase da arqueologia*: em que Foucault realiza a instauração de uma história descontínua e a dissolução das unidades tradicionais da descrição histórica e tenta uma síntese entre os dois momentos anteriores, mas uma síntese em que as práticas não discursivas são despresentificadas.

Segundo Rouanet (1971), a Arqueologia é um projeto basicamente materialista, porém de um materialismo não mecanicista, negando as análises que vêem nas formações discursivas um simples reflexo das condições econômicas. Quanto ao Homicídio Ontológico, Foucault coloca que o homem foi gerado para o pensamento por um acontecimento discursivo, qual seja, o da dissociação entre as coisas e as representações, e que o homem estaria sendo morto por uma nova formação discursiva iminente. Ao que Rouanet acrescenta que o válido é que se estaria formando uma configuração extradiscursiva (a sociedade unidimensional) que autoriza uma reflexão sobre a morte do homem. Essas idéias levariam à proposta de uma análise de dupla leitura, a dos fenômenos discursivos e a dos fenômenos não discursivos, o que afastaria o perigo, de um lado, das totalizações prematuras e, de outro, do materialismo mecanicista.

Lecourt (1971), analisando a Arqueologia, afirma que Foucault descobriu a analogia entre o par objeto-ruptura e o par sujeito-continuidade. Na realidade, esses pares seriam idênticos, porém invertidos. Romper com a continuidade da história e com o antropologismo seria romper com o conceito de objeto e com a noção de ruptura, ou seja, nessa obra surgiu a necessidade do autor romper com a epistemologia bachelardiana, situando-a no campo do antropologismo.

Segundo Lecourt, o autor, ao definir a materialidade do discurso, criou também a necessidade de "pensar a história dos acontecimentos discursivos como estruturada por relações materiais que se encarnam nas instituições...", o que o levou ao conceito de práticas discursivas (fundamentalmente materialista) e estabeleceu uma diferença profunda entre a Arqueologia e *As palavras e as coisas*.

A partir da noção de prática discursiva, surge o conceito de saber, que definirá as aproximações e as diferenças da arqueologia com o materialismo histórico. Assim, quando Foucault trata da distinção entre ciência e saber, ele está realizando uma crítica das análises de Althusser sobre a ciência e a ideologia, diferenciando saber da ideologia:

1 O conceito de saber diferencia-se da ideologia à medida que esta é considerada como um simples reverso da ciência, ou seja, como uma não-ciência, e o saber constitui um tecido de relações sobre o qual se apóia a ciência.

2 O conceito de ideologia, tal como foi desenvolvido por Althusser, possibilita uma ruptura epistemológica entre a ciência e o seu passado ideológico, porém o saber existe nas práticas discursivas e não discursivas e não possibilita esse efeito de corte, mas sim uma coexistência entre a ciência e o saber.

3 A história de uma ciência, portanto, só pode ser concebida como uma história conjunta na sua relação com a história do saber.

Assim, Lecourt considera que a distinção utilizada pelo autor entre as práticas discursivas é uma tentativa de repensar a distinção entre ciência e ideologia, utilizando este conceito–ideologia (substituído pelo saber) em uma forma deslocada dentro do materialismo histórico, de tal forma que este perdeu as ligações entre a ideologia e as relações de produção. Assim:

1 O conceito de ideologia no materialismo histórico, efetivamente, não é o reverso da ciência, mas sim uma instância da superestrutura, dotada de uma materialidade, como o próprio Althusser reconhece em traba-

lhos posteriores, com função real dentro de uma dada formação social, determinada historicamente. Dessa maneira, assume as características atribuídas por Foucault ao saber, já que não é pelo simples fato de existir uma ciência que desaparecerá a ideologia.

2 A distinção entre práticas discursivas e não discursivas leva a uma série de problemas, como as relações entre ideologia teórica e ideologia prática, ideologia teórica e ciência. Lecourt conclui que o que falta à Arqueologia é um ponto de vista classista, já que as ideologias práticas estão atravessadas pelas contradições de classe, como também os efeitos destas pelas ideologias teóricas.

Enquanto, para Lecourt, o abandono do conceito de ruptura é, na obra de Foucault, uma aproximação ao materialismo, Mendonça (1971) considera que esta é a lacuna existente na análise arqueológica, apesar de ser a tendência mostrada pelo autor desde que: "A explicitude do corte é o que falta para que o projeto de Foucault em *Arqueologia do saber* atinja sua plenitude".

Discutindo a noção de corte epistemológico na obra de Althusser, Badiou (1968) remete a Foucault, ao dizer que o corte epistemológico "é a construção regulamentada de um novo objeto científico, cujas conotações problemáticas nada têm a ver com a ideologia... [anterior, assim]... no descoberto da ciência, pode-se tentar unir as margens do corte, o lugar ideológico no qual se indica, sob a forma de uma resposta sem pergunta, a necessária mudança de terreno". Assim, Badiou considera que o que separa Althusser de Foucault é a convicção de que "se uma genealogia da ciência e uma arqueologia da não ciência são possíveis, em compensação não poderia existir uma arqueologia da ciência. A ciência é, precisamente, a prática sem qualquer subestrutura sistemática além dela própria, sem 'solo' fundamental, e isto na medida exata em que qualquer solo constituinte é o inconsciente teórico da ideologia".

Diferentes autores (Sartre, 1968; Lefebvre, 1968; Garaudy, 1967) consideram a obra de Foucault uma nova ideologia burguesa e tecnocrática, posição esta que pode ser exemplificada por D'Allones (1970):

> *La teoría de Foucault es, en efecto tecnocrática, en dos niveles, aplica los métodos de la tecnocracia, y por otra parte le suministra la ideología explícita que le faltaba.*

Luz (1971) considera que o trabalho de Althusser *Lire le Capital*, de uma certa forma foi inspirado em Foucault (*Nascimento da clínica*) e que os

trabalhos de Gavaillés, Koyré, Canguilhem, Bachelard e, mais recentemente, Foucault, Lacan e Althusser encontram-se diante de uma mesma problematização da ciência, porém uma análise mais fina pode demonstrar diferenças como a existente entre Foucault e Althusser, discutida por Badiou.

Ao analisar o trabalho de Foucault sobre as técnicas de interpretação de Marx, Nietzsche e Freud, Aurélio Luz acaba por se perguntar "se afinal as análises de Foucault não constituem apenas material, como já dissemos, para a ciência dos discursos ideológicos, já que estão como que falseadas, ao nível de uma resposta dada da articulação das estruturas discursivas. Resposta esta que em Foucault não tem ainda a questão produzida em seu conceito".

Dentro da mesma linha, ou seja, no sentido de se remeter a análise althusseriana sobre a arqueologia de Foucault, Escobar (1971) sente a falha da obra devido ao "peso da ausência de uma ciência da história e de uma ciência de uma das suas regiões, a ciência dos discursos ideológicos".

Quadro teórico

Os conceitos utilizados serão os definidos por Foucault na *Arqueologia do saber* e sistematizados no capítulo anterior. Trataremos agora de definir nossa aproximação e diferenciação com a proposta arqueológica, e em princípio podemos dizer que se trata de uma abordagem materialista da arqueologia. Lecourt afirma que, ao se assumir essa posição, já não nos encontramos mais no terreno arqueológico, e na realidade nem pretendemos estar, mas sim, a partir da análise do discurso realizada por Foucault, articulá-lo, como processo, no conjunto dos outros processos existentes em um determinado modo de produção.

Retomando os conceitos anteriores, encontramos que na dicotomia Língua/Fala (Barthes, 1971), diante de uma *performance* lingüística sucede um ato de formulação mediado por um conjunto de regras historicamente determinadas (prática discursiva), cujo resultado é um conjunto de enunciados que se compõem em um discurso, quando pertencem a uma mesma formação discursiva. As formações discursivas possuem uma positividade caracterizada pelas regras de formação (formação dos objetos, formação dos enunciados, formação dos conceitos e escolha das estratégias) e pelos

princípios de raridade, exterioridade e acúmulo. O resultado final desse processo é o Saber, sobre o qual recorta-se a Ciência, mediado pela Ideologia, sendo que as características das relações em uma determinada época constituem a episteme.

Entendemos que o sistema arqueológico, estabelecendo a diferença entre o plano da práxis e o plano do discurso, possibilita a análise do Saber através da descrição de um discurso-objeto e abre caminhos para uma discussão da dicotomia Ciência/Ideologia, fugindo das explicações mecanicistas, porém deixa em aberto algumas lacunas essenciais quando se analisa sua obra de um ponto de vista materialista.

Em relação ao problema levantado por Lefbvre (1968), de que a arqueologia não seria simplesmente uma negação do movimento, mas principalmente uma negação da história como ciência, entendemos que se trata da negação de um tipo de história (história da consciência humana, da razão ou teleológica), mas trata-se também da afirmação de uma nova história (das descontinuidades, da pluralidade de historicidades e das rupturas), em que se deve, à maneira desenvolvida no materialismo, pensar o seu conceito. Na realidade, entendemos que Foucault (como também Althusser e seu grupo em relação ao conceito de modo de produção) não resolveu o problema da explicação da sucessão das epistemes, ou seja, o que determinou que se passasse do conceito de Similitude na Renascença para o sistema de Representação na época Clássica. Entendemos que cada episteme contém em seu interior contradições cuja superação leva a um novo estágio histórico, porém o estudo dessas contradições necessita do desenvolvimento de uma teoria de produção de conhecimentos, que na realidade somente começa a se esboçar. O problema da historicidade das epistemes no interior da arqueologia (como de uma certa forma também fora dela) permanece em aberto, encontrando-se portanto em uma fase (como o próprio Foucault o admite) puramente descritiva.

O problema fundamental que se coloca na análise arqueológica é o das relações estabelecidas entre as práticas discursivas e as não-discursivas. Retomando o conceito de práticas discursivas, vemos que se trata de um conjunto de regras historicamente determinadas, que regulam as condições de exercício da função enunciativa e, portanto, não têm o mesmo sentido que o conceito de prática desenvolvido na teoria materialista, em que, por prática (em geral) "entendemos todo processo de transformação de uma determinada matéria-prima dada em um produto determinado,

transformação efetuada por um determinado trabalho humano utilizando meios (de produção) determinados". (Althusser, 1967).

Portanto, as relações discursivas e não-discursivas, no sentido de Foucault, deverão estabelecer-se entre um conjunto de regras e, assim, teríamos que procurar o conjunto de regras historicamente determinadas que regeriam a função produtiva ou são relações que se estabelecem entre os fatos do discurso e os fatos sociais? Seria uma relação entre os acontecimentos discursivos e os acontecimentos sociais que levaria, perguntamos, a também estabelecer um projeto arqueológico para o social e, portanto, tomá-lo como um social-objeto para a descrição seria necessário imobilizar o social como monumento? No horizonte dessas relações, realmente o que se pergunta a cada instante é quem dará conta das práticas não-discursivas?

Para responder a essas perguntas, que passam a ser fundamentais para o nosso trabalho, devemos trabalhar, mesmo que sumariamente, a análise desenvolvida por Foucault (1969) nas *Palavras e as coisas*, quanto ao triedro do saber, quando o autor discute as ciências humanas. Segundo Foucault, a episteme moderna caracteriza-se por um espaço tridimensional, onde, em uma das dimensões, estariam as ciências físicas e matemáticas, em outra dimensão estariam as ciências da linguagem, da vida e da produção e distribuição das riquezas, sendo que na terceira dimensão estaria a reflexão filosófica. As ciências humanas não estão contidas dentro desse triedro epistemológico, mas também com ele há uma relação de representação.

As ciências humanas, tomando o homem como objeto, tomam-no como:

> *1. ese ser vivo que, desde el interior de la vida a la cual pertenece por completo y por la cual esta atravesado todo su ser, constituye representaciones gracias a las cuales vive a partir de las cuales posee esta extraña capacidad de poder representarse precisamente la vida.*
>
> *2. ese ser que, desde el interior de las formas de producción que dirigen toda su existencia, forma la representación de esas necesidades, de la sociedad por la cual, o contra la cual las satisface en tal medida que, a partir de allí, puede finalmente darse la representación de la economía misma.*
>
> *3. ese ser que, desde el interior del lenguaje por el que está rodeado, se representa, al hablar, el sentido de las palabras e de las proposiciones que enuncia y se da, por último, la representación de lenguaje mismo.*

Assim, as ciências humanas tomam o homem como objeto que produz representações sobre uma das dimensões de triedro epistemológico

moderno (a economia, a lingüística e a biologia), constituindo-se, pois, em ciências da duplicação, em uma posição hipoepistemológica e, mais precisamente, isto as define como não-ciências, como um saber.

Cada uma das chamadas ciências humanas, segundo sua localização no espaço epistemológico, estabelece uma relação com uma das ciências do triedro e de lá retira suas categorias fundamentais. Assim, a psicologia, sob o domínio de projeção da biologia, assume as categorias de *norma* e *função*, a sociologia, sob a projeção da economia, as categorias de *conflito* e *regra*, as análises de literatura e de mitos, sob o domínio da lingüística, tendo como categorias *significação* e *sistema*. Essas categorias, se bem que predominantes em uma dessas disciplinas, se interpenetram.

A História é a grande dimensão da episteme moderna, pois descobriu-se em princípios do século XIX que a natureza, a produção e a linguagem possuem, cada uma, uma historicidade própria e, à medida que o homem converteu-se em histórico, a História determinou que nenhum dos conteúdos das ciências humanas pode permanecer estável e escapar ao movimento da história.

Portanto, a resposta de Foucault à pergunta da dimensão não-discursiva seria dada, no nível dos acontecimentos ligados à vida, à produção e à linguagem, pelas ciências respectivas, e, no nível das representações, pelas não-ciências humanas, sendo a história representada na própria historicidade da dimensão e na finitude do homem como ser histórico, relativando as não-ciências.

O materialismo histórico, postulando-se como a ciência da história, assume que as estruturas de historicidade de uma totalidade social são os diferentes modos de produção e que, portanto, uma análise histórica de uma totalidade social é o estudo das sucessões descontínuas dos diferentes modos de produção.

A História como ciência pode ser entendida como a narrativa que procura reconstituir o passado com veracidade. Assim sendo, o trabalho de investigação se resumiria na procura de fontes de informação que nos permitissem a reconstrução descritiva desse passado, preenchendo os vazios factuais, contestando e reafirmando acontecimentos, procurando simultaneidades temporais e sucessões.

A partir de Hegel, a noção de história começa a tomar outros caminhos, considerando que ela deve "simplesmente compreender o que é, o que foi, acontecimentos e ações (sendo), tanto mais verdadeira quanto

mais se atenha aos dados e fatos" (Hegel, 1969), portanto, colocando a idéia de que o problema histórico é a procura da aderência entre os acontecimentos dos fatos e dados e eles mesmos.

Porém, na visão hegeliana da História, ao colocar que a "Razão é o soberano do mundo" e aceitar que esta é a única hipótese da filosofia da história, Hegel afasta-se de um empiricismo que a afirmação acima poderia nos levar a julgar. Hegel coloca dois momentos na análise histórica:

1 Inicialmente, o entendimento das leis históricas somente pode ser obtido a partir dos fatos, porém;

2 Este entendimento depende da mediação de categorias que organizam fatos, ou seja, que os fatos por si não dizem nada, mas só respondem a perguntas teóricas apropriadas, e que o reconhecimento das propriedades das categorias é fornecido pela *filosofia*.

Hegel estabelece, portanto, uma relação entre a descrição e a teoria, sendo que o estatuto da verdade seria dado pela Filosofia, começando, pois, a definir uma sólida relação entre uma dada ciência e a filosofia que lhe sedimenta as categorias fundamentais.

A partir da hipótese fundamental, vamos encontrar o *sujeito* da história de Hegel como sendo o Espírito, decorrendo que a história do sujeito pensante é necessariamente a história universal, uma vez que pertence ao reino do Espírito. Como a essência é a liberdade, a história do mundo nada mais é do que o progresso da consciência humana em direção à liberdade.

Hegel definia o tempo como conceito em sua existência imediata e empírica, tendo como características fundamentais a continuidade homogênea e a contemporaneidade:

1 *a continuidade homogênea*: que corresponderia a uma imagem de um rio fluindo constantemente através de uma série de paisagens, em que cada paisagem seria uma etapa histórica. O trabalho do historiador seria periodizar esse fluir de tal forma que cada período correspondesse ao próprio desenvolvimento do Espírito.

2 *contemporaneidade*: partindo da idéia de totalidade social, em que todos seus elementos estariam representados sincronicamente, a periodização consegue, em um dado corte, captar todos os elementos dessa totalidade social.

A História Hegeliana, a partir das idéias anteriores, define-se como um processo teleológico em que o sujeito é a própria teleologia desse processo (A Idéia) e que para Althusser seria um processo *sem sujeito*:

Teleológico no es una determinación que se agrega desde fuera al proceso de alienación sin sujeto. La teología del proceso de alienación está inscrita con todas sus letras en su definición: en el concepto de alienación – que es la teología misma – en el proceso. (Althusser, 1971)

Marx, segundo suas próprias palavras, procedeu a uma inversão de Hegel, colocando suas concepções sobre seus próprios pés, já que estavam de cabeça para baixo. Partindo da idéia de totalidade social, o autor constrói o conceito de modo de produção, em que as características da produção de bens materiais de uma dada sociedade passam a ser os elementos fundamentais na definição dessa totalidade:

Modo de produção: uma estrutura global dinâmica, composta por três estruturas regionais: econômica, ideológica e jurídico-política. Cada uma dessas estruturas possui uma existência relativamente autônoma e suas próprias leis de funcionamento e desenvolvimento, estando, porém, determinadas, em última instância, pelo econômico.

O conceito de modo de produção implica a existência de uma pluralidade de tempos, ou seja, em historicidades diferentes em sua relatividade para cada instância. Da mesma forma como cita Harnecker discutindo as diferenças entre o tempo dos relógios, definido pela sucessão de horas, dias etc., o tempo de uma biografia, marcado pela sucessão de acontecimentos relevantes para o indivíduo, portanto conscientes, e o tempo do desenvolvimento do inconsciente desenvolvido por Freud, em que cada tempo é construído conceptualmente (fase oral, anal, uretral e edípica).

Segundo Althusser, utilizando uma metáfora espacial (muito a gosto de Foucault), a história das ciências faz-se pela abertura de grandes continentes, assim teríamos:

1 *O continente-Matemática* aberto pelos gregos, com o qual deu-se o nascimento da Filosofia.

2 *O continente-Física* aberto por Galileo, em que se deu uma profunda transformação da filosofia com Descartes.

3 *O continente-História* aberto por Marx, em que se deu uma revolução na Filosofia anunciada pela XI Tese sobre Feurbach.

A abertura deste último, fazendo-se sobre uma relação de Marx com Hegel, fez que a grande contribuição da História hegeliana fosse a de um processo sem sujeito. Portanto, o materialismo-histórico assume, de início, uma postura antiantropológica, pluralista, ou seja, propõe a existência

de um conjunto de historicidades, assume a descontinuidade como uma das categorias da análise histórica, define uma relação entre uma ciência da história (o materialismo-histórico) e uma filosofia (o materialismo-dialético) que a fundamenta, estabelece uma relação entre a teoria e descrição de uma totalidade (modo de produção e formação social).

Podemos, agora, estabelecer nossa primeira diferença em relação à arqueologia de Foucault:

1 O triedro do conhecimento moderno comporta uma ciência da história enquanto estudo da sucessão descontínua dos modos de produção.

2 As relações entre os acontecimentos discursivos e não-discursivos não acontecem em um espaço vazio de indefinições conceituais, ou em espaços preenchidos pelo não-dito, mas, sim, os acontecimentos discursivos sucedem no interior de um modo de produção e articulando-se com todas as suas instâncias e, em especial, com o nível ideológico. A descrição e análise dos acontecimentos não-discursivos devem ser sustentadas pelas análises das várias instâncias de um modo de produção e, portanto, serem balizadas pelas teorias regionais do materialismo histórico, da mesma forma que a descrição dos discursos-objetos é analisada a partir da *Arqueologia do saber*.

O segundo problema que se coloca gira ainda em torno do conceito de prática discursiva desenvolvida por Foucault, e, como vimos, representa um conjunto de regras que controlam a função enunciativa. O problema torna-se, portanto, uma ausência, ou seja, a ausência determinada pela transformação do conceito de prática.

Prática, dentro do materialismo histórico, tem implícita a idéia de uma transformação de um dado objeto em um outro, para cuja transformação foi gasto um trabalho humano. Temos, portanto, duas idéias fundamentais no conceito de prática, a idéia de processo e a noção de trabalho.

O materialismo histórico, ao tomar o conceito de processo como uma das suas categorias fundamentais, determinou também, segundo Althusser, que *somente sob relações existe um processo*, de tal maneira que assumir a idéia de processo é também assumir a idéia de relações.

As relações dentro de um processo colocam o Agente frente à natureza e aos seus semelhantes. Não se trata aqui de um retorno ao antropologismo, mas, sim, de colocar um sujeito social determinado pelo conjunto de relações em que é colocado e na atividade que o constituiu como homem, ou seja, o trabalho.

O estudo histórico desse processo deve levar em conta duas perguntas básicas, o que se faz e como se faz e, dependendo do campo em que se situa a análise, um desses dois componentes será preponderante. Assim, quando analisamos a produção econômica, torna-se mais importante a análise de como se faz (as relações técnicas e sociais) do que a análise do que se faz (as mercadorias). No campo discursivo, sem dúvida, é mais importante a análise do que se faz, ou seja, a análise do próprio discurso, e podemos dizer que é nesse espaço que se situa a arqueologia do Foucault. Porém, ao se privilegiar o que se faz, o conceito que é subtraído da análise é o de *trabalho*.

O que encontramos diante dessa ausência-processo, relações, trabalho, é a impossibilidade de caracterizar o sujeito que enuncia diante de seu papel na divisão social do trabalho e, assim, na estrutura social, como suporte de sua ideologia de classe. Portanto, na análise de Foucault, nas relações discursivas e não-discursivas, o sujeito, se bem que possa ser caracterizado fora do discurso, é colocado como função de uma formação discursiva.

O que a análise esquece é que aqueles que enunciam já estão previamente determinados pela estrutura social no papel que denominamos o *intelectual*, que, segundo Gramsci (1968), seria o funcionário da superestrutura responsável pela organicidade de um determinado modo de produção, e que, no mundo moderno, a escola representa o organismo predominante para a constituição desse grupo social.

Podemos agora definir o segundo distanciamento em relação a Foucault. Retomando a análise de "como se faz" o discurso, colocamos em jogo um novo conjunto de conceitos que se dirigem para a articulação do intelectual (aquele que enuncia) e que, através da divisão social do trabalho, ocupam um lugar e uma função na estrutura social e são portadores de uma determinada ideologia, sendo que o enunciado que produziram, pertencente a uma dada formação discursiva, mantém com o modo de produção no qual estão emergidos uma relação de organicidade ou não.

Passaremos a especificar os conceitos utilizados:

1 Entenderemos por *intelectual*, para efeito de nossas análises, como sendo aquele que, através de um ato de formulação, produz enunciados articulados em um discurso; que este ato de formulação seja um dos pontos determinantes de seu trabalho, ou seja, que a formulação esteja conti-

da como um dos elementos fundamentais, no conjunto de suas relações técnicas e sociais.

Com esse conceito, temos a plena consciência de não estarmos trabalhando com o conjunto de sujeitos que compõem o grupo de intelectuais, mas sim com o subconjunto daqueles que discursam, e também que estamos aceitando a marca do autor como um índice de intelectualidade.

Ao aceitarmos como intelectual aquele que, no conjunto de suas relações, tem como papel desempenhar uma função enunciativa, estabelecemos com Foucault uma relação que poderíamos chamar de "leques invertidos", ou seja, que os sujeitos podem ocupar, segundo suas relações sociais e técnicas, o papel de sujeitos para um leque de enunciados, ou de objetos e, ao contrário, os enunciados e os objetos podem encontrar um leque de intelectuais que funcionem como seus sujeitos. Portanto, o que propomos é uma relação dialética entre o intelectual e o discurso, em cima da posição do sujeito.

2 O segundo conceito é o de organicidade, desenvolvido por Gramsci, em que aquelas atividades, em um determinado modo de produção, contribuem para a sua reprodução. Diante desse conceito, podemos pensar em intelectuais orgânicos, cuja função é dar homogeneidade e consciência para um grupo social nos campos econômico, social e político. Esse intelectual é criado de uma maneira orgânica e conjunta por aquele grupo social, o que nos leva a poder falar de *organicidade dos discursos*, quando estes são enunciados para dar uma coerência e homogeneidade aos projetos, análises, propostas etc. de um determinado grupo social.

Entendendo que o discurso não circula livremente por sobre a sociedade, mas sim que emerge em uma dada formação social pertencente a um certo modo de produção com o qual mantém relações de organicidade, verificamos que essas relações o submetem a uma certa matriz de determinações e sobredeterminações, como também a formas específicas de trabalho do intelectual.

A pergunta fundamental é como operam essas relações, ou seja, como se dão as relações entre as regras de enunciação e o trabalho intelectual?

Inicialmente, devemos clarear a noção de organicidade. Entendendo discurso como um conjunto de práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam, a organicidade é um tipo especial de relação dessas práticas com um outro conjunto de práticas não-discursivas, quando a função do discurso é exatamente dar coerência a essas práticas. Em outras

palavras, a organicidade do discurso é o seu funcionamento como operador de coerências para práticas não-discursivas de determinadas classes ou grupos sociais.

Portanto, é na dinâmica das classes sociais, com seus intelectuais orgânicos envolvidos em uma dada episteme, que se realizam as regras de formação enunciativas. Não se trata, evidentemente, de re-introduzir a noção de sujeito na positividade do discurso, mas sim de introduzir a noção de trabalho intelectual ligado aos projetos das classes sociais.

3 *Divisão social do trabalho*: a repartição das diferentes áreas que os indivíduos cumprem na sociedade (tarefas econômicas, ideológicas, políticas) e que se realizam em função da posição que eles têm na estrutura social (Harnecker, 1972).

4 *Estrutura social*: uma totalidade articulada composta por um conjunto de relações internas e estáveis que são as que determinam a função que cumprem os elementos dentro dessa totalidade (Harnecker, 1972).

5 Em relação ao conceito de prática, nós o retomaremos de uma formulação materialista, e, quando nos referirmos a *práticas discursivas*, estaremos entendendo como o processo de formulação de um determinado discurso em que foi gasta uma certa quantidade de trabalho humano, realizado sob determinadas relações.

O conjunto de regras historicamente determinadas que regem a função enunciativa, denominada prática discursiva por Foucault, passaremos a chamar *regras da prática discursiva*.

6 Denominaremos *relações discursivas* o conjunto das relações estabelecidas pelo sujeito que enuncia, como decorrência direta das características de seu trabalho na prática discursiva.

Torna-se ainda necessário definir as especificações possíveis do conceito de prática (Althusser, 1967; Herbert, 1971):

Prática (em sentido geral): todo processo de transformação de uma matéria-prima dada em um produto determinado, transformação efetuada por um determinado trabalho humano, utilizando meios determinados de produção.

Prática técnica: transformação de matérias-primas extraídas da natureza – ou produzidas por uma técnica prévia – em produtos técnicos, por meio de determinados instrumentos de produção.

Prática política: transformação de relações sociais produzidas por meio de instrumentos políticos.

Prática ideológica: transformação de uma consciência dada em uma nova consciência, produzida por meio de uma reflexão da consciência sobre si mesma.

Prática teórica: transformação de um produto ideológico em conhecimento teórico por meio de um trabalho conceitual determinado.

Ruptura epistemológica: a desconexão que o trabalho teórico constitui sobre a ideologia.

Prática social: o complexo conjunto das práticas em indeterminação dentro de um todo social dado.

Prática empírica: o que Althusser chama a "vida concreta dos homens", quer dizer, a relação entre a prática técnica e a prática política em uma sociedade dada, ou seja, "as formas de existência histórica da individualidade".

Herbert (1971), discutindo as relações entre as diversas práticas, considera que "*La técnica possue una estructura teleológica externa: viene a satisfacer una necessidad, a salvar una falta, una demanda que se define al margen de la técnica misma*", de tal forma que há uma correspondência na determinação, existe uma demanda social que exige uma resposta técnica e esta, por sua vez, através de um leque possível de respostas, determina novas demandas sociais.

No interior dessa dupla determinação, a ideologia aparece como um subproduto da prática técnica, e a prática política teria por função transformar as relações sociais, reformulando a demanda social.

7 Temos nos referido constantemente ao conceito de ideologia, sem deixá-lo claro. O próprio Foucault utiliza esse conceito para discutir as relações entre ciência e saber, sem também explicitar como está entendendo o seu significado. Como, de uma certa forma, o conceito de ideologia estará permeando todo nosso trabalho, procuraremos explicitá-lo.

Empregando uma metáfora arquitetônica, o materialismo histórico representa os elementos pertencentes a um modo de produção como constituídos por uma base, que seria a infra-estrutura, representada pelo processo de produção econômica e uma superestrutura que se rege sobre a anterior, constituída pelas instâncias jurídica, política e ideológica. A infra-estrutura determina, em última instância, a supra-estrutura que, no entanto, possui uma autonomia relativa, e esta determina a reprodução da infra-estrutura. Dentro desse quadro, a ideologia, se bem que tenha seu

ponto original na supra-estrutura, atuaria como um cimento, dando coesão a todo o edifício social.

O conceito de ideologia foi inicialmente criado por Dostutt de Tracy como uma tentativa de criar uma nova ciência que estudasse as idéias (no sentido geral de fatos de consciência), suas origens, suas leis e suas relações com os signos. Esse conceito passou a caracterizar um grupo de filósofos no fim do século XVIII e princípios do século XIX (de Tracy, Volney, Cabanis), que continuaram a tradição do sensualismo de Condullac.

Marx, algum tempo depois, retoma esse conceito com um novo sentido, em que é abandonada a idéia de uma ciência específica que tinha como objeto o estudo genético das idéias, para passar a significar o sistema de idéias, de representações que dominam o espírito de um homem ou de um grupo social.

Segundo Althusser (1973a), teríamos dois instantes do conceito de ideologia na obra de Marx: o primeiro, representado pela Ideologia Alemã, logo em seguida aos Manuscritos de 44, que conteria uma teoria explícita da ideologia, mas que ainda não representaria uma obra marxista no sentido científico do termo; e o segundo momento, em trechos esparsos do *Capital*, que contém elementos que trabalhados poderiam constituir-se em uma teoria da ideologia.

Naess (1964), estudando a história do termo ideológico, encontra pelo menos dois grandes conjuntos de sentido em que foi utilizado o termo, desde Dostutt de Tracy até Marx, passando por Napoleão Bonaparte; assim, teríamos: partindo da distinção entre eulogismo (termos com significado cognitivo preciso, tendo ou não carga afetiva) e dislogismos (termos sem significado cognitivo preciso que designam, em todo caso, atitudes frente a um objeto):

1 a utilização por Destutt seria do tipo eulógico, tentando caracterizar as *idéias* como um objeto possível de um estudo científico.

2 Napoleão, em sua polêmica com os ideólogos, teria usado no sentido dislógico.

Segundo Naess, o termo possui em Marx uma pluralidade de sentidos, passando por uma noção neutral em que se representaria um conjunto de idéias, especialmente morais ou filosóficas (eulógico), para um sentido

de representarem idéias erradas em relação ao saber positivo da realidade (dislógico). Assim, conclui Naess:

> *El término ideología parece ser una substantivación del término "idea" de Destutt. Aún encontramos en el una parte de la connotación de "idea". Pero la substantivación sigue una dirección particular. Mientras Destutt se inclinaba a entender por ideología la massa general de las ideas humanas y la ciencia general de las ideas, Marx tendia a connotar mediante esta palabra una determinada clase de opiniones descriptivas o normativas sobre ciertos asuntos que podíam ser "morales", "teológicos", metafísicos y "políticos". Y mientras Destutt parte de un concepto neutral de "idea", Marx arranca de uno que probablemente contiene una valoración negativa.*

A indeterminação do conceito fez que o mesmo tenha sido utilizado de diferentes maneiras por um grupo de autores como Gurvitch, Manheim, Sorel, Horney e outros. Porém, são os trabalhos desenvolvidos pelo grupo de Althusser que iniciam a tentativa de se estabelecer uma Teoria da Ideologia.

Em seus primeiros trabalhos, Althusser (1971) considera que o nível ideológico é constituído por dois sistemas:

1 Sistemas de idéias-representações sociais: formado pelas diversas representações do mundo e do papel do homem dentro dele. Essas representações teriam uma função de adaptar o homem à realidade, contendo simultaneamente elementos imaginários e conhecimentos, de tal maneira que os homens vivem suas relações com o mundo através da ideologia.

Coelho (1968), em uma brilhante introdução a uma antologia de textos estruturalistas, assim coloca o problema:

> Ao longo de vinte e quatro horas, cada um de nós participa em diversos tipos de atividade, que, por vezes, quase nada têm em comum. Estes diferentes níveis (econômico, estético, político, científico, etc.), em que a atividade do homem se processa, têm a sua autonomia própria, as suas leis fundamentais, a sua temporalidade específica. Mas se cada um de nós participa nessa multiplicidade de níveis, e se o mesmo projeto de vida quotidianamente os atravessa, torna-se fácil que eu acabe por me representar a mim próprio como o centro desses níveis que, se organizariam em torno da minha atividade criadora. Essa representação é uma ilusão, mas é ela que se impõe na urgência dos dias.

Miller (1968) pensa essa representação como uma continuidade entre o "ver" e o "dizer", realizada sobre uma inversão das determinações estru-

turais no nível da consciência individual, de tal maneira que "a inversão como percepção é ilusão, como discurso é ideologia".

2 *Sistema de atitudes-comportamentos* – constituído pelo conjunto de hábitos, atitudes, costumes e tendências de reação específica, esse sistema seria mais resistente à mudança que o anterior, podendo manter com aquele uma relação que vai desde a identidade total ou parcial até a contradição.

Ranciére (1971), criticando a teoria de Althusser, pergunta se não estaria existindo uma coexistência entre duas conceptualidades heterogêneas, de um lado, o materialismo histórico e, de outro, uma sociologia do tipo comteana ou durkheiniana, articulação esta baseada em dupla subversão:

> 1 A ideologia começa a ser definida não no terreno do marxismo, mas no de uma sociologia geral; a teoria marxista vem em seguida sobrepor-se a essa teoria sociológica da ideologia como teoria de uma sobredeterminação própria às sociedades de classes; os conceitos que virão a definir a função da ideologia numa sociedade de classes dependerão dos conceitos dessa sociologia geral.
>
> 2 Mas o nível dessa sociologia geral reivindica-se a si próprio como nível da sociologia marxista, sem que, no entanto, esta tenha algo a dizer sobre ele.

Assumindo uma concepção de ideologia como uma certa representação que os homens fazem do mundo e das relações que mantém com ele, Althusser explicita um conjunto de características que fazem parte do conceito, não sem antes colocar que só é possível entendê-lo através de sua estrutura, ou seja, através do modo de dispor e de combinar-se dos elementos que o conceito abarca. Assim, o autor retoma o sentido eulógico do termo, podendo constituir-se como um objeto para o estudo científico. As características do conceito são as seguintes, segundo Althusser (1971):

> 1 A Ideologia comporta um conjunto de *regiões* relativamente autônomos, como a ideologia religiosa, ideologia política, ideologia moral, estética, filosófica etc., sendo que, de acordo com períodos históricos, para determinados modos de produção e para certas formações sociais, uma dessas regiões é dominante sobre as demais.
>
> 2 Para cada uma dessas regiões, a ideologia existe sob uma forma mais ou menos difusa, mais ou menos irreflexiva (*ideologia prática*) ou sob a forma de mais ou menos consciente, reflexiva e sistematizada (*ideologia teórica*).

3 A Ideologia em uma sociedade de classes é necessariamente uma falsa representação do real, constituindo-se, assim, em fornecedora de uma visão mistificada do sistema social para manter os indivíduos em seu lugar de classe dentro do sistema de produção. A ideologia seria, portanto, uma *alusão* ao real fornecida em termos de *ilusão*.

4 A ideologia teria, como função social básica, dar a representação de que a posição dos indivíduos dentro de uma sociedade de classes é um fato *natural*.

5 Para uma sociedade de classes, as idéias dominantes são as idéias da classe dominante, e que dentro da ideologia geral nós temos *tendências ideológicas*, que são as representações das diferentes classes sociais.

Em trabalhos posteriores, Althusser (1973a) retoma o tema, propondo alguns elementos que poderiam constituir-se em um princípio da Teoria da Ideologia. Assim, o autor assume que falar de ideologias é referir-se, no nível das formações sociais, à sua historicidade e à sua determinação, que é externa a ela mesma. Portanto, quando se fala em nível geral, não existe teoria das ideologias, mas sim uma teoria da ideologia que, da mesma forma que o inconsciente freudiano, é omni-histórica, ou seja, eterna.

A partir dessa identificação do conceito de ideologia com o conceito de inconsciente, Althusser propõe duas teses:

1 A ideologia representa o *rapport* imaginário dos indivíduos às suas condições reais de existência.

2 A ideologia tem uma existência material, ou seja, *"à ne considérer que un sujet (tel individu), que l'existence des idées de sa croyance est matérielle, en ce que ses idées sont actes matériels eux-mêmes definis par l'appareil idéologique matériel dont relèvent les idées de ce sujet"*.

Dessas duas proposições, o autor retira duas conclusões centrais:

1) Não há prática senão para e sob uma ideologia.
2) Não há ideologia senão pelo sujeito e para os sujeitos.

Poderíamos, pois, tentar conceituar ideologia dentro do quadro althusseriano como uma estrutura que percorre o eixo desconhecimento-reconhecimento, em termos gerais a-histórico, mas que se realiza no nível de uma formação social em várias regiões (sendo que uma delas é dominante sobre as demais), determinando as práticas e existindo pelo sujeito e para os sujeitos na função social de promover uma alusão-ilusão ao real.

A ciência, percorrendo o eixo desconhecimento-conhecimento, portanto em Althusser, encontra-se como um dos termos de uma oposição, em que o segundo elemento é a ideologia, de tal forma que uma das funções do cientista é, através de uma prática teórica, instaurar uma ruptura epistemológica que constitua a ciência e denuncie seu passado como ideológico. Assim, cada nova ciência constitui um discurso que estabelece as condições de sua cientificidade, ou seja, realiza uma ruptura epistemológica (ruptura galileana), de tal forma que o conhecimento é produzido por uma pluralidade de *ciências* com as quais a filosofia mantém uma relação de objeto.

Distinguindo o objeto do conhecimento do objeto real, para conhecer-se o que é uma ciência, deve-se conhecer como esta é constituída, produzida através de uma prática específica (Prática Teórica) que se distingue de todas as demais práticas.

Denominando o objeto do conhecimento de uma dada ciência como Generalidade I e o corpo de conceitos, a unidade contraditória de sua teoria em um dado momento histórico de Generalidade II, e denominando de Generalidade III os novos conceitos ou teorias produzidos, a Prática seria a produção de GIII pelo trabalho de GII sobre GI (Althusser, 1967).

Tentaremos, agora, situar-nos em relação à teoria da(s) ideologia(s) e explicitarmos como esta será utilizada no decorrer de nosso trabalho e colocar algumas das hipóteses que permearão o mesmo em relação ao par Ciência/Ideologia.

Entendendo ideologia como uma representação que é dada aos homens para funcionar como uma mediação entre eles e o mundo, e que essa mediação acha-se ancorada nas aparências dos fatos, assumimos que, em uma sociedade de classes, essa representação é predominantemente invertida, de forma tal que funcione como uma ilusão diante da verdadeira essência dos fenômenos.

Com isso, queremos dizer que a ideologia não é um pensamento construído pelo próprio sujeito concreto, mas é muito mais uma forma de pensar, ou seja, uma forma (ou um modo) de apreender o real em sua aparência, aliada a um conjunto de formulações pré-constituídas, que é utilizado para a explicação do real (reconhecimento). Com o termo dominantemente invertido, queremos dizer que não necessariamente todo o discurso ideológico é composto de ilusões sobre o real, mas que pode conter elementos que se refiram à essência do real.

A partir dessas considerações preliminares, passamos a expor algumas teses sobre esse conceito:

1 A ruptura epistemológica não promove um certo definitivo com a ideologia, mas instaura uma nova relação do discurso científico e da prática da ciência com a ideologia.

2 Sendo a determinação da ideologia feita, em última instância, pela estrutura da produção de uma formação social, a instauração de uma nova forma de produzir conhecimentos não promove por si só uma mudança no sistema de representação instaurado por aquela estrutura. Os conhecimentos, GIII no dizer de Althusser, só modificam as representações quando produzem modificações no nível das relações sociais ou quando promovem a formação de uma nova forma de apreender o real nas relações concretas dos homens.

3 A materialidade da ideologia, através das instituições, dos aparelhos ideológicos, obedecem a leis que não são as mesmas envolvidas na produção de um conhecimento científico e, até de certa forma, aquelas determinam a forma de produzir conhecimentos no espaço da escolha dos possíveis objetos a serem estudados, no financiamento das investigações, na divulgação de conhecimentos e na reprodução da cidade científica, no dizer de Bachelard.

4 No interior do discurso científico, o trabalho de delimitação ideológica só pode ocorrer em subconjuntos do universo dos discursos, na hipótese em que estes mesmos discursos tenham uma função social na reprodução do sistema. Assim, como coloca Gramsci, as classes dominantes formam os intelectuais que precisam e, portanto, produzem seus discursos orgânicos.

5 A oposição Ciência/Ideologia, representando a oposição dos eixos desconhecimento-conhecimento/desconhecimento-reconhecimento, parte, na realidade, de uma falsa oposição ou, em outros termos, de uma oposição mal colocada.

A verdadeira oposição está situada entre as condições reais de existência e as representações dessas condições reais enquanto alusão – ilusão da realidade. As representações dessas condições reais não são dadas de imediato, mas sim mediadas por um modo de representar o real e de reconhecer no representado esse real, tratando-se da construção mediada e inconsciente de uma aparência social. A solução dessa contradição não

requer em princípio um elemento externo, mas é na constituição da representação de uma nova aparência (enquanto projeto de uma classe social) que se torna possível a modificação das representações invertidas e, portanto, as pré-condições para a mudança das condições reais de existência.

Algumas das ciências, aquelas que situam seu espaço no campo das contradições, permitem o desenvolvimento de um instrumental conceitual que, funcionando como mediador na constituição de novas representações, possibilita (ou catalisa) a resolução das contradições fundamentais.

Em outras palavras, queremos dizer que a ruptura epistemológica, de uma maneira geral, somente rege a articulação do discurso científico com a ideologia, mas que a constituição de ciências que realizem uma delimitação ideológica, quando o campo dessas ciências é recortado pelas contradições entre as representações das condições reais de existência e as próprias condições de existência, possibilita a construção de uma nova aparência do real, que é mediada por um campo conceitual, constituindo-se em novas representações.

Nesse sentido, a prática política visa, muito mais que promover a apreensão da essência da estrutura social, promover uma transmutação da aparência em uma nova representação da sociedade de classes, aparência esta construída por uma mediação conceitual classista.

Neste ponto, voltamos a nos encontrar com Foucault, quando o trabalho desloca-se para estudar a ideologia, funcionando em um recorte da ciência sobre os elementos do saber. Trata-se de considerar, como o faz Castells (1971), *"No hay, historicamente ningún producto puramente teórico, sino que siempre se encuentran formaciones ideológico-teóricas, de dominante ideológica o teórica"*.

Trata-se de considerar, como Ranciére (1971), que

> a relação entre ciência e ideologia não é de rutura, mas de articulação. A ideologia dominante não é o outro tenebroso da pura claridade da ciência: é o espaço em que se inscrevem os conhecimentos científicos e onde estes são articulados, enquanto elementos do saber de uma formação social. É dentro das normas da ideologia dominante que um elemento científico se torna objeto do saber.

Em síntese, podemos dizer que partimos da definição althusseriana de ideologia e na discussão Ciência/Ideologia retomamos o conceito e o recolocamos diante de uma nova contradição, o que nos possibilitou discutir as características da aparência do real e a possibilidade da constitui-

ção de uma nova aparência que fosse a mediação de um instrumental científico sobre a construção de representações do real e o próprio real, representação esta que contivesse explícitas as contradições. Dessa forma, situamos os complexos ideológicos/teóricos em relação às condições reais de existência. No decorrer desse caminho, tentamos estabelecer os limites do conceito de ruptura epistemológica diante do próprio conceito de ideologia.

Por uma arqueologia da medicina preventiva

Everardo Duarte Nunes[1]

> Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou refletir.[2]

O ano, 1976. Local: o auditório Paulistão, na Santa Casa de Campinas, onde a Faculdade de Ciências Médicas havia se instalado desde 1965. O motivo da agitação, em um auditório lotado, era assistir à defesa de tese de Sérgio Arouca,[3] entregue à comissão há um ano, e que, finalmente, seria apresentada, mesmo com a ausência do seu orientador. Na banca, Cecília Donnangelo diz que essa era uma tese de causar inveja.[4]

Com seu trabalho, Arouca abria um debate e uma polêmica. O assunto não era propriamente inédito; afinal, outros já haviam tratado da Medicina Preventiva, da Higiene, desde o século XIX, e, no Brasil, o médico legista, político, crítico, ensaísta e romancista Afrânio Peixoto (1876-1947),

---

1 Cientista social, professor associado do Departamento de Medicina Preventiva Social da Faculdade de Medicina – Universidade Estadual de Campinas.

2 FOUCAULT, M. *História da sexualidade.* 2 – O uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p.13.

3 AROUCA, A. S. da S. *O dilema preventivista*: contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. Campinas, 1975. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

4 A tese foi defendida às 9h30 do dia 23 de julho de 1976; a banca examinadora, constituída pelos Prof. Dr. Manildo Fávero, Prof. Dr. José Martins Filho, Prof. Dr. Guilherme Rodrigues da Silva, Profa. Dra. Cecília Donnangelo e Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti, aprovou o trabalho com "distinção" e "louvor", conferindo ao candidato título de Doutor em Ciências (Proc. 3275/69, AC/SARQ/Unicamp).

quando escreveu um *Tratado de Medicina Pública*, em 1938, dedicou capítulo especial à Higiene; em outros países, a Medicina Preventiva já havia elaborado manuais e livros-textos, como o conhecido de Leavell & Clarck, de 1965, mas, nessa tese, o tema, da forma como era tratado, apresentava-se totalmente original e exemplarmente analisado.

O centro da polêmica estava no ponto de partida: a Medicina Preventiva seria uma "atitude ausente" da prática médica, porém possível, diante de nossos conhecimentos, conhecimento não incorporado, futuro conhecido e não operacionalizado. Nas imagens tão bem captadas pelo autor, "Ao definir-se como atitude possível, porém ausente, a Medicina Preventiva abre uma brecha em um dos nossos mais arraigados mitos, qual seja, o de que os problemas colocados pela prática encontram soluções no campo das ciências, em termos de técnicas". Desvelar esse mito é a proposta, e para isso vai recorrer a um quadro teórico que estruturou o pensamento francês e mundial a partir dos anos 60, que marcou "o triunfo do paradigma estruturalista",[5] com as suas diversas formas de aplicação no campo das ciências sociais: o estruturalismo científico, com seu principal representante, Claude Lévi-Strauss; o estruturalismo mais flexível – semiológico –, com Roland Barthes, e o estruturalismo historicizado ou epistêmico, com Michel Foucault, Pierre Bourdieu e outros.

Foucault (1926-1984) e Althusser (1918-1990) serão os autores privilegiados desta tese, que, escrita por um homem de esquerda, não teve receios de utilizar, de um lado, um filósofo da transgressão e, de outro, um marxista herético[6]. Não há contradições. Afinal, o próprio Althusser, ao prefaciar o livro *Lire Le capital*, destaca o débito a Foucault:

> em termos que recolhem passagens mui notáveis do prefácio de Michel Foucault em sua "História da Loucura", ao propor em sua leitura de Marx as condições de possibilidade do visível e do invisível, do interior e do campo teórico que define o visível, podemos talvez dar um passo além e mostrar que entre este visível e este invisível pode existir uma certa relação de necessidade.[7]

---

5 DOSSE, F. *História do estruturalismo*. I O campo do signo, 1945/1966. Trad. Álvaro Cabral. São Paulo: Ensaio; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1993. p.13.

6 A expressão marxista herético, para designar Althusser, é citada por DOSSE, op. cit., p.333.

7 ALTHUSSER, L. , RANCIERE, J., MACHERREY, P. *Lire Le capital* – Tome I. Paris: François Maspero, 1967. p.28.

O anglicista e antropólogo Daniel Becquemont, ao retomar a relação entre os dois filósofos, foi enfático ao assinalar que "Althusser nada mais fez do que demarcar os conceitos de Foucault e de Lacan".[8] Referia-se à prática da leitura que Althusser adota no ato de ler Marx, denominada sintomal, expressão derivada da psicanálise, em especial de Lacan, e que se apresenta sob dois níveis: primeiro, quando lê o discurso do outro (tomando como base o interior das próprias categorias do pensamento dos economistas, como Ricardo e Smith) e, "Por detrás dessa primeira abordagem, perfila-se uma leitura mais essencial de Marx...". Destaca o fato de que tal leitura "Torna manifestas positividades não-problematizadas, não questionadas por seus predecessores".[9] No fundo, é entender que "a realidade mais essencial é a mais escondida", necessitando de "uma escuta, de uma leitura particular". De outro lado, nada mais foulcaultiano do que quando Althusser diz: "Não existe história em geral, mas estruturas específicas de historicidade".[10] Estávamos nos primeiros meses de 1965 e Althusser realizava na École Normale o seminário que propunha "ler o *Capital* ao pé da letra. Ler o texto mesmo, por inteiro...";[11] menos de dez anos depois, em junho de 1972, publica "Elementos de autocrítica" e escreve "nosso flerte com a terminologia estruturalista certamente ultrapassou a medida permitida, pois nossos críticos, com algumas exceções, não perceberam a ironia e a paródia. Pois tínhamos em mente uma Personagem bem diferente do autor anônimo dos temas estruturalistas e seu modo".[12] Mas deixemos de lado a sua *mea culpa* de ter sido um dia estruturalista. Isso não diminui a importância do autor ao pensar um marxismo constituído de idéias claras e distintas.[13]

Com base em Althusser e sua fundamentada análise do marxismo, mas metodologicamente orientado por Foucault, Arouca vai procurar, por meio de um esquema conceitual cuidadosamente elaborado, "passar sobre as estruturas aparentes e ascender ao nível profundo (ou a essência) do

8 DOSSE, op. cit., p.336.

9 Ibidem.

10 ALTHUSSER, op. cit., t.2, 1967, p.59.

11 ALTHUSSER, L., BALIBAR, E. *Para leer El Capital*. México: Siglo XXI, 1974. p.18.

12 ALTHUSSER, L. Estruralismo? In: _____. *Posições* – 1. Rio de Janeiro: Graal, 1978. p.97, 98.

13 DOSSE, op. cit., p.333.

fenômeno estudado",[14] privilegiando uma das mais engenhosas e originais formas de tratar os discursos – a história arqueológica. Quando Arouca escreveu a sua tese, nos anos 70, Foucault já era um autor consagrado, e seus livros que fundamentaram a sua proposta arqueológica estavam publicados e traduzidos: *Histoire de la folie* (1961), *Naissance de la clinique* (1963), *Les mots et les choses* (1966) e *L'archéologie du savoir* (1969), assim como muitos estudos críticos. É nessa literatura da primeira fase de Foucault que Arouca baseia sua tese, depois de ter revisitado Bachelard e Canguilhem, leituras obrigatórias daqueles que se debruçaram sobre a epistemologia histórica francesa dessa e de todas as épocas. Embora a pesquisa arqueológica de Foucault tenha abordado entre outros temas, a medicina e a doença, desde seu primeiro trabalho, de 1954[15] e os citados sobre a loucura e clínica médica, mais as conferências proferidas no Rio de Janeiro, em 1974, sobre a Medicina Social, até essa data não havia sido elaborado um texto que desse conta do campo da medicina preventiva,[16] dentro da perspectiva foucaultiana e com a preocupação que não será a de tratar com "as vastas unidades que se descreviam como épocas ou séculos, (mas) para fenômenos de ruptura".[17]

Detalhadamente, Arouca apresenta a estrutura de análise de discurso oferecida pelo próprio Foucault em sua arqueologia, que retém de Bachelard e Canguilhem, respectivamente, as noções de atos e limiares epistemológicos e deslocamentos e transformações dos conceitos, redistribuições recorrentes – a ciência sendo escrita não mediante um único passado, mas numa composição de encadeamentos, multiplicando-se em suas transformações; *unidades arquitetônicas* – em que o que se busca é a construção de sistemas nos quais são pertinentes os axiomas, as cadeias dedutivas, as compatibilidades; *escansões* – cortes que marcam quando se funda uma ciência destacando-a da ideologia. A leitura que Arouca vai fazer da Medicina Preventiva adere de forma ímpar à proposta de Foucault, quando diz que

---

14 AROUCA, op. cit.

15 Trata-se de *Maladie mental et personalité*, Paris: PUF, 1954.

16 Um livro marcante na perspectiva arqueológica escrito no Brasil, somente seria publicado em 1978. Trata-se de *Danação da norma*: Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil, de Roberto Machado e colaboradores (Rio de Janeiro: Graal).

17 FOUCAULT, M. *Arqueologia do saber*. Trad. Luiz Felipe Baeta Neves. Petrópolis: Vozes, Lisboa: Centro do Livro Brasileiro, 1972.

na base da proposta arqueológica está a crítica do documento e que, no momento em que a história mudou sua maneira de enfrentá-lo, sua tarefa não será de interpretá-lo, "mas sim trabalhá-lo no interior e elaborá-lo: ela o organiza, recorta-o, distribui-o, ordena-o, reparte-o em níveis, estabelece séries, distingue o que é pertinente do que não é delimita, elementos, define unidades, descreve relações".[18] A documentação a ser levantada encontrava-se dispersa em Seminários, Programas de Ensino veiculados por Organizações como a OPAS, ou em documentos dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, ou em textos "científicos" que tratavam tanto do ensino como dos conceitos básicos da prevenção, ou propostas de diagnósticos de comunidades, demandando uma leitura que ordenasse esse *saber*, para usarmos uma expressão tão cara a Foucault. Mas de que saber estamos falando? No último capítulo da *Arqueologia*, Foucault propõe que "A este conjunto de elementos, formados de maneira regular por uma prática discursiva e que são indispensáveis à constituição de uma ciência, apesar de não se destinarem necessariamente a lhe dar lugar, pode-se chamar *saber*".[19] Nessa tarefa, o texto de Arouca é exemplar: a prática discursiva que se expressava nos documentos não como "matéria inerte", um simples "rastro" para a história, mas como possibilidade de reconstituir "no próprio tecido documental (d) as unidades, conjuntos, séries, relações",[20] está posta nesta tese. Do ponto de vista da arquitetura, a tese vai além de uma metodologia bem aplicada, e, até então, inédita. Mas não se restringe a uma utilização acrítica do referencial de Foucault. Apresenta algumas das questões que, já à época, alguns autores levantavam às diferenças entre a abordagem foucaultiana e a althusseriana, em especial pela falta de uma ciência da história.[21] O recurso teórico vai, então, ser buscado em Althusser, assumindo que

> O discurso não circula livremente por sobre a sociedade, mas sim que emerge em uma dada formação social pertencente a um certo modo de produção com o

18 Ibidem, p.13.

19 Ibidem, p.220.

20 Ibidem, p.13, 14.

21 Foucault, quase no final da *Arqueologia* (op. cit., p.243), rebate as críticas, dizendo: "não neguei a história, mantive em suspenso a categoria geral e vazia da mudança para fazer aparecer transformações de níveis diferentes".

qual mantém relações de organicidade, verificamos que estas relações o submetem a uma certa matriz de determinações e sobredeterminações como também a formas específicas de trabalho intelectual.

Volta-se, então, para um dos pontos centrais da formulação althusseriana: as relações entre as práticas não-discursivas e as classes sociais, o que permite sair da constituição interna do discurso, na evidenciação de seus objetos e modalidades discursivas, conceitos e estratégias, para relacionar essa formação discursiva no plano da sociedade. Isso se efetiva na medida em que Arouca lança mão de outras unidades analíticas: o cuidado médico como expressão do processo de trabalho em sua dupla face: intervir sobre os valores vitais e atender as necessidades humanas.

Ao usar dois complexos esquemas de referência, Arouca sintoniza um ponto que será amplamente discutido nos anos seguintes: o da possibilidade de combinar recursos teóricos distintos para melhor compreensão dos objetos investigados. Sem dúvida, o saldo foi positivo. A tese tornou-se a mais lida e citada desde a sua defesa, embora nunca tenha sido publicada, e nela a obra e o autor fundiram-se e tornaram-se indissociáveis.

Na epígrafe de sua tese, Arouca transcreve a eloqüente passagem de Foucault quando este pede para ser deixado livre quando se trata de escrever, não ter mais fisionomia. Certamente, Arouca escreveu com toda a extensão da liberdade de pensar que ele sempre cultivou e estimulou entre seus amigos e companheiros, mas, sem dúvida, tornou-se prisioneiro da sua obra. Valeu a pena. O trabalho permanece e constitui um dos nossos clássicos da saúde coletiva.

Terminada a defesa, Maria Dutilh recebeu os amigos em sua bela e aconchegante casa na Fazenda Pau D'Alho. Dias depois, Sérgio deixava a Unicamp, rumo à Escola Nacional de Saúde Pública. Perdemos o professor, mas não o amigo de tantos anos.

Capítulo III
A emergência da Medicina Preventiva

A Medicina Preventiva como formação discursiva emerge em um campo formado por três vertentes: a *primeira*, a Higiene, que faz o seu aparecimento no século XIX, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal; a *segunda*, a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 1930 e 1940 nos Estados Unidos, já sob uma nova divisão de poder internacional e na própria dinâmica da Grande Depressão, que vai configurar o aparecimento do Estado interventor (Poulantzas, 1969); e a *terceira*, o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica.

Nossa preocupação neste capítulo é compreender como a Medicina Preventiva situa-se em relação às vertentes, ou seja, como se dá a substituição da Higiene, e as respostas ao custo da Atenção Médica, através de um discurso que instaura uma atitude que essencialmente é normativa e que, rompendo com as barreiras geográficas da sua origem, ganha uma dimensão continental.

Para isso, estudaremos a especificidade do discurso da Higiene em sua articulação com a ideologia liberal, as condições do aparecimento da crítica à medicina liberal nas décadas de 1930 e 1940 nos Estados Unidos e, finalmente, a redefinição dos contornos do profissional médico que responderia a essas críticas.

Higiene

Sigerist (1974) considera que para cada época histórica é possível relacionar o conceito de Higiene com o contexto cultural e filosófico, uma vez que o primeiro está determinado pela *Weltanschaung* da época. O autor exemplifica essas relações com diferentes civilizações, como a grega, a romana, a judaica etc., porém, para a nossa análise, é importante situar dois períodos.

Durante o absolutismo (Hobbes, 1974), o cuidado dos cidadãos era uma responsabilidade do Estado, o soberano ordenava o que devia ser feito, da mesma maneira que controlava as relações comerciais, dando aos comerciantes as garantias e a estabilidade necessárias para os seus negócios. Durante esse período, tanto na Inglaterra como no continente, quando os governos procuram formas de aumentar a sua riqueza e o poder nacional, é que começam a surgir algumas proposições sobre a Medicina e a Higiene.

Na Inglaterra, Pety (Rosen, 1963) propunha um primeiro modelo de planejamento de saúde, constando de morbidade e mortalidade, que definissem as necessidades de atendimento médico. J. Beller, um mercador, colocava como solução para o desperdício de recursos humanos causados pelas doenças a criação de um instituto com hospitais que atendessem as populações mais pobres. Porém, o trabalho fundamental que caracteriza essa época é o de Johann Peter Franck sobre Política Médica, que representava um sistema completo de normas a serem seguidas. Nesse período, no dizer de Sigerist, faz-se uma *"higiene desde arriba"*.

Em oposição às idéias absolutistas, aparece o *Contrato social* de Jean-Jaques Rousseau (1973), que considerava serem os homens bons em sua essência, quando viviam em um estado natural, e que o fundamental da natureza humana é a liberdade. Assim, a relação com o Estado é uma relação de alienação à vontade geral, que é a do bem comum, sendo o Estado o depositário dessa alienação.

Os homens seriam doentes por ignorância, surgindo a educação com um papel central na obra desse pensador, como uma das formas de exercer e desenvolver o exercício da liberdade. Surge, no dizer de Sigerist, uma *"higiene desde abajo"*, que pretende ensinar ao povo as medidas higiênicas, através de inúmeras publicações.

O desenvolvimento das idéias de Rousseau culminou na Revolução Francesa, com a qual se desenvolvem intensas atividades sanitárias e o

florescimento de concepções políticas da Medicina e da Higiene, como a de Lanthenas, e o controle da atenção médica por parte da população. *Na Inglaterra,* tomam-se medidas que são simultaneamente concessões e formas de controle da classe trabalhadora. *Na Alemanha,* o conceito de Medicina Social é um conceito político, que fez que vários dos seus defensores lutassem pessoalmente nas barricadas de 1848 pela liberdade e pelo socialismo, como Newman e Virchow, tendo as associações camponesas lutado por assistência médica e fornecimento gratuito de medicamentos (Engels, 1960).

O que queremos especificar é que a higiene se caracteriza, no século XIX, por uma ligação com as ideologias liberais que afirmavam as responsabilidades individuais perante a saúde e como um conceito político nos movimentos socialistas da época. Porém,

> *la coincidencia final entre la ideología del liberalismo burgués com su victoria sobre el cerrado mundo aristocrático y sobre el empuje proletário socializante, y la igualmente liberal y individualista que empregna la teoría y prática de la medicina, convertirá a los médicos en aliados y defensores naturales de este orden social burgués.* (Campos & Garcia, 1973)

Essa é a higiene do fim do século XIX e início do século XX.

A Higiene, entendida no sentido mais geral e etimológico, é a arte de conservar a vida, segundo Becquerel (1883) em um tratado em 1883, *"L'hygiène est la science que traite de la santé dans le double but de sa conservation et de son perfectionnement"* e em Arnould (1883), que *"L'hygiène est l'étude des rapports sanitaires de l'homme avec le monde extérieur et des moyens de faire contribuer ces rapports à la viabilité de l'individu et de l'espèce"*.

Em vários livros da primeira metade do século XX, a Medicina Preventiva aparecia como uma disciplina, parte ou setor da Higiene. Assim, em obra publicada em 1913, Peixoto (1938), no Brasil, considerava a Higiene como "a nova medicina. Enquanto a outra, a velha medicina, procurava, muitas vezes sem o conseguir, curar as doenças, esta trata da saúde, para evitar a doença. É mais fácil, e é seguro". Dessa maneira, a Medicina Preventiva aparece quando "é necessário cuidar dos meios de a defender (a saúde) quando em possibilidade de ser agredida ou já em perigo".

Ponce & Mendez (1950) colocam a Medicina Preventiva como uma das subdivisões da Higiene especial, conceituando-a como *"la medicina como medio de prevenir las enfermedades, no de curalas (sueros y vacinas)"*.

A Higiene mantinha um duplo discurso: 1º) afirmando a sua própria natureza, as suas responsabilidades e fundamentalmente o seu destino inexorável para a solução de um conjunto de problemas que não tinham sido resolvidos pela "velha medicina", tampouco por outras instâncias da sociedade.

Peixoto (1938) estabelece as seguintes fases históricas referentes aos conceitos de saúde e doença:

I *Ciclo Religioso*: temor do doente e da doença. A doença é um castigo, punição divina. É flagelo, obscuro e misterioso, *aliquod obscurum et divinum:* deve ser purgado com preces e exorcismos. O doente é um sacrílego e deve ser afugentado e banido. Assim acontecia com os epilépticos, os leprosos, os sifilíticos. Na fase heróica do cristianismo, esse modo de sentir culminou num conceito aparentemente contraditório – o tema da doença, sinal da cólera divina, e resignação do doente, pois o sofrimento era o caminho da perfeição.

II *Ciclo Médico*: defesa do doente contra a doença. A doença é dano e perigo individual; o doente é, porém, digno de piedade: *res sacra miser*. Tratá-lo caridosamente é servir a Deus, adquirindo graças: procurava-se curá-la. Daí, os hospitais e lazaretos para os tratamentos adequados e o decorrente desenvolvimento da medicina que acompanhou essa fase da Higiene, principalmente devida ao cristianismo católico e reformado.

III *Ciclo Profilático*: defesa do são contra a doença. A doença é perigo público; o doente continua a merecer a caridade e, mais, deve-se-lhe assistência, por solidariedade, como parte social, mas não deve ser nocivo à comunidade. É nessa fase que se pronuncia a independência da Higiene da Medicina propriamente dita; vêm daí as práticas de isolamento, quarentenas, desinfecção, notificação compulsória, vacinas coletivas.

IV *Ciclo Econômico*: extinção da doença. A doença, sendo mal evitável, deve ser combatida: para o indivíduo à parte, o sofrimento é ônus considerável: o doente é instrumento ou máquina de trabalho e riqueza parada, estragado ou perdido. Para a sociedade, é ônus considerável e constante porque todos os males e prejuízos individuais se repetem sem cessar. Daí, a doença não deve existir: ao invés de se premunirem contra ela os indivíduos, a comunidade se emprenhariam em exterminá-las.

As leis sociais de seguro e previdência, as campanhas de saneamento marcam essa direção. Essa fase, que é a de agora e será notadamente a de amanhã, separa definitivamente a Higiene da Medicina.

É a persistência de um mito: o da extinção e controle completo das doenças, tendo como objetivo final a morte natural (Illich, 1973; Ariés, 1973), é a vida fluindo para um fim almejado, sem os percalços das enfermidades, é a retomada moderna da fonte da juventude não perdida em algum lugar, à espera de aventureiros, mas ali próxima a cada indivíduo que, através de um conjunto de normas particulares e coletivas, realizaria o velho sonho.

Mas, para isso, a Higiene separa-se da Medicina e a critica:

> Porque, dentre os médicos, só a esquerda da classe, os charlatões, são conscientes: sabem que enganam; os outros ... sofrem a sorte comum dos doentes, são enganados. Enganados pelo romance de uma ciência engenhosamente enfeitada, construída como aquela estátua mitológica que iludiu ao amor do próprio estatuário; enganados principalmente pela credulidade aflita do sofrimento que na hora da dor ou do perigo apela para nós, como para a mesma salvação. (Peixoto, 1938)

Portanto, afirmando as suas possibilidades diante de um objeto aumentado que se confunde com a própria vida, a Higiene define e demarca os limites da Medicina dentro de sua natureza episódica e das limitações de sua capacidade em solucionar os problemas desta própria vida. Já aparecem nesse discurso as relações estabelecidas da saúde com o processo produtivo em que o homem é um dos fatores de produção.

Como visão histórica, a Higiene coloca uma história teleológica da medicina, caminhando para a realização de um conceito de saúde positiva, permeando todas as condutas humanas, e que na fase moderna, ela própria, a Higiene, seria o instrumento deste "telos", participando da formação de uma consciência sanitária.

Afirmando o seu âmbito como superpondo-se ao espaço e ao tempo da própria vida, a Higiene discursa normativamente sobre esta vida; assim, no tratado de Becquerel (1883), encontramos os seguintes temas:

a) Estudo do homem no estado de saúde:

1 das idades, do sexo, da constituição e temperamento, das idiossincrasias, da hereditariedade, dos hábitos, das raças e das profissões.

b) Assuntos de Higiene – em que se trata da atmosfera, do solo, do calor, do clima, das águas etc., das habitações, vestimentas, alimentação, exercícios, percepção, genitais e excretas.

c) Higiene aplicada – em que se discuta especificamente a Higiene do trabalho.

Turner (1964) relaciona o conhecimento (cultura sanitária) com a saúde:

> *Se obtendrá, evidentemente, una salud mejor no por la simple adquisición de conocimientos de higiene, sino por su aplicación. Tu salud, depende, no de lo que sabes, sino do lo que haces, se conserva gracias a una manera sana de vivir, a un régimen higiénico constante, y haciendo lo que debes, no simplemente pensándolo, deseándolo, o sabiendolo.*

Assim, a Higiene coloca seu discurso em um espaço constituído por um sistema de eixos, em que no vertical ocorre o processo cronológico do desenvolvimento humano com suas características particulares, é o indivíduo em movimento na dinâmica dos seus caracteres psicobiológicos. No eixo horizontal, está o conjunto de atividades desenvolvidas por esse indivíduo como uma totalidade que trabalha, alimenta, reproduz e se diverte em um dado ambiente.

Para cada ponto desse espaço, que caracteriza um indivíduo no conjunto de sua vida, a Higiene possui normas, recomendações medidas que, se aplicadas, fariam que esse indivíduo se mantivesse em estado de saúde até a morte natural.

A Higiene não é uma ciência, mas a aplicação de todo o conjunto das ciências na manutenção do bem-estar, mito de uma unidade do conhecimento em prol do bem viver, espaço que se superpõe e acompanha a vida, difusa no próprio espaço dos homens.

Totalidade interdisciplinar, saber que se adere à vida, a Higiene cria, nesse duplo discurso, uma alusão-ilusão às condições reais de existência, alusão na medida em que discursa sobre o valor de uso da própria vida na amplitude de suas 24 horas diárias (Ponce & Mendez, 1950):

> *El hombre que trabaja necesita hallar en el hogar la variante de la rutina diaria que sea un sedante espiritual y estimule sus habilidades o inclinaciones naturales (pintura, jardineria, carpintería, avicultura, etc.) en tal forma que aleje su mente del trajín habitual.*
>
> *Además la fatiga produce la disminución del rendimiento de los obreros y por lo tanto de las fábricas, y crea el ambiente propicio para los accidentes de trabajo y para los movimientos gremiales.*
>
> *Los salones destinados para aulas deben ser amplios; las paredes pintadas de colores claras pero sin brillo; los ángulos redondeados para facilitar la limpieza.*
>
> *La construcción de viviendas para obreros, cercanas a los grandes establecimientos industriales y costeadas por estos procura el acercamiento del capital y del trabajo.*

Ilusão, enquanto centra nas medidas higiênicas e em uma cultura higiênica a solução dos problemas que estão nas próprias condições de existência e, portanto, representando uma visão de mundo ideológico que, no conjunto de suas representações, abstrai as causações para afirmar uma solução normativa, vindo da unidade das ciências, enquanto discursa sobre as alternativas de mudança das condições de existência, dentro da própria estrutura que determina essas mesmas condições de existência.

A divisão técnica e social do trabalho, a compartimentalização do conhecimento em disciplinas e ciências que possuem, cada um em seu próprio interior, um mecanismo de alusão-ilusão que realiza um recorte sobre o saber, fazem que a Higiene como projeto de síntese se dissolva em suas partes. É o fim dos "tratados", como é o fim da própria Higiene, não mais aderindo à própria vida, mas absorvida na multiplicidade das disciplinas. Operação da estrutura que diversifica contra a pretensão da síntese.

A pretensão de um encontro dos indivíduos com uma síntese das ciências, visando o seu bem-estar, pressupõe um encontro homogêneo desses indivíduos em uma relação de igualdade. O projeto da Higiene, em uma sociedade dividida em classes, com o conhecimento monopolizado no interior das profissões, fez que, na prática, a Higiene fosse dissolvida e, no ensino, fosse substituída pela Medicina Preventiva.

Referindo-se ao ensino, Peixoto (1938) desce das promessas e cai na realidade da escola médica:

> ...Anatomia, Histologia, Patologia geral, Anatomia Patológica, Terapêutica, Clínicas, Medicina Legal, só achamos a preocupação tenaz, obsidente, exclusiva, – da mágua, que chamamos lesão –, da morte, que não consideramos ainda o fim de tudo, pois a exploramos nas secções, nas inclusões, nos córtes, nos preparados, nas projeções, nas gravuras, nos tratados, nas cátedras, nas academias e sociedades sábias. A gente não se cura, mas fica bem informada de que morreu.

E prossegue:

> Neste fúnebre aparelho, como ironia macabra de humorista, uma só, esta singular cadeira de Higiene, dedicada à saúde. É do que menos se trata, naturalmente, nas Faculdades de Medicina; é o que não nos importa, está bem visto, e médicos, consagrados à doença e à morte...

Dessa maneira, a Higiene teve, nesse princípio de século, o seu desaparecimento determinado, pelo avanço do conhecimento da "velha medici-

na", pelo aprofundamento da divisão técnica do trabalho em uma sociedade de classes, pela compartimentalização do conhecimento científico e pelo seu isolamento dentro das escolas médicas.

O desenvolvimento central

A sucessão cronológica do aparecimento da Medicina Preventiva, em sua forma estrutural, diferenciando-se das condutas preventivas e superpondo-se ao próprio campo da medicina, pode ser dividida em duas fases. A primeira, que se inicia após a Primeira Grande Guerra, com a reforma dos currículos das escolas médicas na Grã-Bretanha, e a segunda fase, após a Segunda Grande Guerra, com a realização dos Seminários Internacionais sobre Medicina Preventiva.

Em 1922, o currículo das escolas médicas na Grã-Bretanha foi revisado para que se colocasse mais Medicina Preventiva em seus assuntos. Essa resolução foi tomada pelo General Medical Council (1923): *"that throught the whole period of study the attention of the student should be directed by his teachers to the importance of the preventive aspects of Medicine"*.

Dessa forma, a primeira proposta da Medicina Preventiva aparecia com duas características básicas: que seu ensino deveria permear todo o currículo e que seu objetivo seria o desenvolvimento de uma atitude.

Vejamos como se refere Newman (1923), um dos seus primeiros teóricos:

> *Even more important than the spirit of prevention pervading all instruction is the whole attitude of the student to his clinical work.*

Para que isso seja obtido, o estudante:

> *– must know the phisiological standard of health and capacity from wich he starts.*
>
> *– must become really been on the search for the etiology, the primary and secundary cause, of the morbid conditions he is investigating.*

A consecução desses objetivos para a educação médica definia a necessidade de intensas reformulações curriculares, em que o ensino básico seria o degrau inicial para que se pudesse

> *instilling into the mind of the student the necessity for his keeping constantly in view, in all the advice and treatment he may give throughout his professional life, the primary*

importance of promoting the general health of those who entrust themselves to his care, and of preventing trivial ailments from developing into definite disease.

A partir dessas idéias, começam a ser criados departamentos ou cátedras de Medicina Preventiva nas escolas médicas, tendo logo essas concepções atingido os Estados Unidos e o Canadá. Começam a aparecer artigos nas revistas médicas relatando experiências dos cursos de Medicina Preventiva e propondo modelos de ensino (Munson & Schmit, 1938; Fitzgerald, 1936; Leathers, 1932).

Leathers (1932) realiza uma revisão da situação, concluindo que novas abordagens devem ser utilizadas para conciliar os interesses dos estudantes e das faculdades, no ensino da prevenção, devendo isso ser feito através de uma abordagem clínica.

A Associação Americana de Saúde Pública solicitou a formação de um comitê que formulasse um programa de educação, para estudantes de medicina, em Medicina Preventiva e Saúde Pública. As conclusões divulgadas em relatório preliminar, em 1942, foram baseadas em questionários, artigos e opiniões pessoais de seus membros, sendo suas principais formulações (Mustard et al., 1942, 1945):

1º) Os cursos de Medicina Preventiva e Saúde Pública constituem um novo enfoque dentro dos currículos e existem divergências e confusões em torno de seus conceitos. Não existindo consenso sobre o que deve ser incluído em tais cursos, devem os seus proponentes insinuar-se de forma oportunista no ensino. Acrescente-se a isso divergências locais de necessidades, recursos, opiniões das direções etc.

2º) O ensino tem se baseado em leituras e alguns trabalhos de campo, como visitas a departamentos de saúde, tratamento de água, indústrias, etc. Algumas escolas estabeleceram relações com departamentos públicos e agências voluntárias de serviços, para observação e participação direta, ocasional, em programas de *clerkship* clínico.

3º) A existência de um pequeno número de Departamento de Medicina Preventiva em regime de tempo integral e o limitado aumento desses departamentos no período de 1935 a 1942, sendo a porcentagem de horas dedicadas ao ensino da matéria 1,9% do tempo curricular.

O comitê recomendou, após essas e outras considerações, as necessidades de uma distinção mais precisa entre os termos Medicina Preventiva

e Saúde Pública, da integração com outros departamentos, o aumento do número de horas, a inclusão de Bio-Estatística e Epidemiologia, a integração com organismos departamentais, o início precoce do curso e sua continuidade e, finalmente, que os departamentos fossem denominados de Medicina Preventiva. Foi definido:

> *That "Preventive Medicine" be regarded as that body of knowledge and those practices believed to contribute to the maintenance of health and the prevention of diseases in either individual or the aggregate; and that "public health" be regarded to health in the aggregate, either through preventive or corrective mesures or both.*

O relatório final surge em 1945, reafirmando as posições iniciais, sugerindo um currículo mínimo e o aumento dos orçamentos destinados à área, afirmando:

> *A separate department of preventive medicine and health is justified in medical teaching because preventive medicine introduce a new and, if not revolutionary, at least heretofore neglected point of view: A primary interest in the conservation of health through prevention rather than in the diagnosis and therapy of established pathology.*

O período de 1922 a 1950 representa a introdução dos departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas dos Estados Unidos e do Canadá, ou seja, a criação de entidades pertencentes a um movimento ideológico geral, no interior da medicina, que começaram a gerar e são geradas por um novo discurso.

O discurso inicia-se por tentativas múltiplas de definição sobre "aquilo de que fala", ou seja, de como a Medicina Preventiva ganha um novo estatuto, exigindo, portanto, uma nova conceituação.

Paul (1941) discute que a Medicina Preventiva é parte da medicina clínica e que "*technicaly Preventive Medicine is the science of preventing illness in man...*", mas que, do ponto de vista da escola médica, "*the term Preventive Medicine means more than prophylaxis, just as clinical medicine means more than therapeutics...*", sendo que a primeira "*concerned with the study of conditions under wich illness occurs in individuals (or group of individuals) as well as with the thecnics of their control*".

A Medicina Preventiva define um objeto de estudo e uma prática que engloba "*those activities that are the direct responsability of the individual in the prevention of diseases and the protection of the health of himself and of his family*"

(Smillie, 1947). Porém, o resultado de suas atividades, no interior da escola médica, *"is the development and maintenance in students of a preventive attitude or approach wich should permeate all medical work"* (Taylor, 1957).

O objeto, que surge das superfícies primeiras de emergências, possui uma dupla natureza. De um lado, as condições de ocorrência das doenças, e, de outro, a atitude preventivista incorporada ao estudante, que deverá desabrochar plenamente em sua prática cotidiana.

O passo seguinte do processo é a delimitação do novo objeto e, portanto, da nova disciplina, através de uma grade de especificação que se centra sobre a Saúde Pública e a Medicina Social. A especificação da área vai desde a incorporação de todos esses conceitos dentro da Medicina Preventiva (Perkins, 1942; Leathers, 1932; Boyd, 1936) até as tentativas de estabelecimento de diferenças específicas (Paul, 1941; Gonzales, 1970).

Porém, realmente, o elemento que opera a delimitação do objeto é o enfoque sobre as responsabilidades individuais e da família sobre a saúde, que simultaneamente delimita aquelas condições determinantes das doenças que devem ser estudadas e o espaço das atribuições médicas. O prefácio de uma coletânea de artigos, organizada pela Academia de Medicina de New York, Miller (1942), define esse espaço como *"that marginal land between public health and medicine"*.

Instaurado esse novo objeto, como uma composição entre produção de conhecimentos e desenvolvimento de atitudes, o discurso deixa em aberto a questão de qual a natureza desse conhecimento, que encontra como se fosse uma barreira para a sua incorporação à prática.

A resposta a essa pergunta não formulada é apresentada como uma tendência apologética do discurso preventivista, colocando-se como *"a philosophy and a science having practical application in every phase of medicine ...* [e] *... a minor revolution in the thinking of many who teach"* (Perkins, 1942).

Os sujeitos do discurso preventivista, situados nas Associações Americanas de colégios médicos, de Saúde Pública e de medicina e nas várias Academias, bem como nos recém-criados Departamentos de Medicina Preventiva, partem da definição de uma problemática (ou uma crise) na atenção médica, que deve ser resolvida no nível dos próprios médicos, sob a ameaça de uma intervenção estatal.

No encontro de Boston, em 1920, da Associação Médica Americana, o relatório final coloca (Fish Bein, 1947):

> *There is special need that the medical profession develop some method by wich the great possibilities of modern medicine in the way of diagnosis, treatment and prevention of diseases, may be brougth within the reach of all people. This function, it is believed, should be performed by the medical profession and not through any form of State Medicine.*

Boyd (1936) retoma a mesma idéia, advertindo:

> *The medical profession can and must play and important role in the field of preventive medicine and public health. At present physicians are neglecting their opportunities. If this neglect continues the opportunities will losen and the field be taken away from physicians by a changing public sentiment.*

O mesmo tom de advertência é utilizado pela Academia de Medicina de Nova York, que conclui sobre a participação do médico nas mudanças: "*He must romain in command*" (1942).

Tobey (1942), discutindo o âmbito da Medicina Preventiva, define a natureza do projeto:

> *This is not state or socialized medicine, but private medical practice so organized as to be of maximum to the practitioner himself and to the public served by him and by the State.*

As colocações desses autores introduzem um novo elemento, ou seja, um enfrentamento entre o grupo médico, em sua organização privada e o Estado, sendo a Medicina Preventiva uma proposição de conciliação, pela ocupação pelo grupo médico do espaço marginal entre a medicina clínica e a saúde pública. Para a verificação dessa nova dimensão, devemos estudar os elementos (ou fatos) extradiscursivos durante esse período.

O desenvolvimento, no século XIX, da política liberal baseada no *laissez-faire* cimentou o desenvolvimento da economia capitalista e o surgimento de uma série de problemas que escapavam da iniciativa privada e exigiram respostas de outros níveis, principalmente do *Estado*, que muda as suas características. A situação do século XIX foi brilhantemente parodiada por Dickens, que dizia: "cada um por si e Deus por todos, como dizia o elefante dançando no meio das galinhas" (Brown, 1968).

Os Estados Unidos, no intervalo entre 1870 e 1913, já ultrapassavam a Grã-Bretanha como potência industrial, tendo subido sua participação na produção mundial de 23% para 36%, enquanto a segunda caía de 32% para 14%. Terminada a Primeira Guerra Mundial, durante o período de

1926-1929, os Estados Unidos respondiam por 42,2% da produção mundial, passando a exercer uma hegemonia política na economia do mundo ocidental.

Porém, em junho de 1929, inicia-se o período da chamada Grande Depressão, que rompe com a ascensão do otimismo resultante dos períodos anteriores, caindo em um fenômeno de saturação dos campos de investimento, de superprodução que acabava em uma crise de realização de mais-valia.

Ellsworth (1968) assim descreve o quadro geral:

> O declínio da atividade foi rápido, especialmente depois do abalo de confiança, provocado pelo Colapso da Bolsa de Valores. Com apenas breves interrupções, o investimento, a produção industrial, o emprego e a renda nacional mergulhavam verticalmente em três anos desastrosos. O investimento, chave da atividade industrial, diminuiu virtualmente. Em termos reais, o produto bruto nacional encolheu de um terço a preços correntes, em cerca da metade.

É durante esse período e na sua seqüência que se inicia nos Estados Unidos a discussão da atenção médica (Byrd, 1965). Assim, em 1927 inicia-se investigação sobre o custo da atenção médica, sendo publicado seus dados em 1932; conclui-se que o custo do serviço médico era muito superior ao que grande parte da população podia pagar, propondo, portanto, a ampliação dos serviços de saúde pública, o desenvolvimento de consultas de coordenação para a melhor distribuição de recursos, o controle dos custos através de organizações comunitárias etc.

Em 1935-1936, o Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos publica outra investigação baseada em entrevistas em 700 mil domicílios e opiniões e recomendações de 2.100 dirigentes da medicina norte-americana. Concluía que era necessária uma revisão da atenção médica, dado que haviam mudado as condições socioeconômicas.

Em 1938, reúne-se uma Conferência Nacional de Saúde em Washington, que defendeu a tese de um programa geral de atenção médica que reduzisse os custos excessivos para os indivíduos, bem como a expansão dos serviços de saúde pública, atenção materno-infantil, recursos hospitalares e seguro-desemprego.

Em 1939, não é aprovada a Lei Wagner, que propunha a expansão das atividades federais e estaduais nos assuntos de saúde. Em 1944, a Associação Americana de Saúde Pública publica declaração oficial que defendia a

idéia de um sistema nacional de serviços para toda a população, assim como um programa de seguro social e de impostos para financiá-lo.

A Associação Americana, durante o mesmo período, colocou-se contra o seguro obrigatório de saúde, pondo em dúvida as estatísticas sobre o custo da atenção médica, baseando-se, por sua vez, em estudos como o do Instituto Brookings, de 1948, que afirmavam que a grande maioria das famílias americanas contava com recursos para financiar sua atenção médica.

O presidente Truman, em 1945, apresentou um informe ao Congresso sobre um Programa Nacional de Saúde, de cinco pontos: 1º) construção de hospitais e outros recursos necessários; 2º) expansão dos serviços de saúde pública e atenção materno-infantil; 3º) reforço da educação médica e investigação de saúde; 4º) seguros obrigatórios para a atenção médica; 5º) indenização aos trabalhadores que perderam dias por doenças ou invalidez.

Como aconteceu com a Lei Wagner, da qual a proposta de Truman era uma modificação, este projeto não foi aprovado em sua totalidade, restando somente o financiamento para construção dos hospitais e de investigações.

Portanto, durante essas duas décadas, assistimos a um antagonismo entre a organização do grupo médico e a redefinição do papel do Estado. O grupo médico, exercendo o seu papel político, em aliança com outros grupos ou setores sociais e econômicos, bloqueia todas as tentativas de intervenção do Estado que redundassem em uma perda de sua autonomia econômica. Por outro lado, o Estado começa a manifestar-se não somente através de projetos de lei, mas fundamentalmente através de grupos racionalizadores ligados ao setor de Saúde Pública que reivindicam o controle central da atenção médica.

Porém, ao contrário do sucedido em outros países, como na Inglaterra, em que esse movimento levou à criação de um Serviço Nacional de Saúde em 1946, nos Estados Unidos as alianças de classe realizadas pelos grupos médicos mantiveram seus direitos contra a intervenção estatal.

A redefinição do profissional médico

O Commitee on Undergraduate Medical Education of the American Medical Association (1969) elaborou uma declaração sobre objetivos da

educação médica que, juntamente com o documento do Executive Council of the Association of American Medical Colleges (1953) sobre "*the objetives of undergraduate medical education*", eighth revision, serviram de base a conferência de Colorado Spring (1953a, b).

O primeiro documento introduz algumas idéias básicas:

1°) Um conceito *compreensivo* do homem, que inclui

> a análise do homem, do seu comportamento e seu ambiente; nele se incluem a gênese, o crescimento e a maturidade, a natureza e os efeitos de impactos de origens variadas: trauma físico, doenças infecciosas, e idade, bem como impactos por forças emocionais, necessidades, desgostos e influências dos costumes sociais.

Dessa idéia decorre a introdução dos conceitos:

a) de *saúde*, que possibilitaria a compreensão da história de vida do homem entendida como um processo.
b) de *ecologia*, já que tanto a doença como a saúde se dão em um conjunto de relações estabelecidas com o ambiente no qual se acha incluído o social.

2°) A definição de um espaço de *responsabilidade* do médico, que inclui:

a) a compreensão da sua própria personalidade e influência sobre o paciente;
b) uma consciência da importância da família e da comunidade no cuidado ao paciente;
c) a compreensão das suas limitações e das relações que deve manter com as especialidades.

3°) Uma visão da evolução histórica da medicina, que caminharia para uma nova forma da prática médica, superior e ideal:

> Não deve o médico se manter alheio à evolução dos conceitos de sua própria profissão ... almejando sempre que possível, evoluir, da medicina terapêutica à medicina *preventiva*.

No segundo documento, os objetivos da educação médica ganham uma nova forma, ao serem especificados segundo aqueles setores que no processo educativo devem ajudar os estudantes a

acquire basic professional knowledge, establish essential habits; attain clinical and social skills necessary to the best utilization of that knowledge; and develop those basic intellectual attitudes and ethical or moral priciples which are essential if he is to gain and maintain the confidence and trust of those whom he treats the respect of those with whom he works and the support of the community in which he lives.

Esse documento, além de introduzir um tipo de pensamento classificatório e organizador dos objetivos educacionais, discrimina os objetivos que não devem ser considerados em nível de graduação, como:

– Attempting to provide a detailed presentation of all disorders that affect the human being.

– Attempting to teach the techniques required for the successful pratice of the various specialities.

– Attempting to provide the detailed systematic knowledge of anatomy, biochemistry, physiology, pathology or pharmacology required of graduate students majoring in one of this fields.

– Attempting to provide a detailed presentations of all the physycal, chemical, and biological agents, hereditary factors, phychological factors living habits and social forces that may affect the human being favorably or unfavorably.

Finalmente, introduz uma nova noção, que é a do *trabalho em equipe*; a produção de um discurso grupal olha para a continuação de uma prática grupal, assim a educação médica deve ajudar o estudante a adquirir habilidades básicas:

– In working in the medical team of physicians, nurses, social workers, physical terapists and others.

– In working in the community team of official and voluntary institutions and agencies providing health services.

Começa, assim, a delinear-se uma nova forma de discurso médico que recoloca os conceitos de saúde e doença dentro de uma perspectiva ecológica, amplia e define a responsabilidade médica em termos de estabelecer novas relações de trabalho, que se acham inscritas em uma evolução histórica da medicina, na procura incessante da realização de seus maiores objetivos.

O Seminário de Colorado Spring (1953a) inicia-se com uma definição das novas responsabilidades e oportunidades da prática médica, ou seja,

do próprio médico, estabelecendo quais as determinações dessa nova configuração da medicina.

Denominando *relações discursivas* aquelas estabelecidas dentro do próprio discurso, para especificar e determinar o seu objeto, encontramos:

1º) Aquelas relações que são estabelecidas entre a ciência e a sociedade.

> *– The wiping out of old-time plagues and pestil-onces making possible tremendous increases in urban living.*
>
> *– The discovery and application of measures to master such scourges as typhoud fever and diphtheria bringing startling changes in man's life expectancy.*

Os avanços dos conhecimentos médicos, ao criarem uma espiral de saúde, tornam a população mais produtiva economicamente e isso propicia

> *and by virtue of that fact, in turn, though better nutricion, housing, education, medical care and scientific research attaining yet higher levels of healthfulness.*

Pensamento circular a partir de um ponto no qual a homogeneidade das categorias (biológicas, econômicas, sociais etc.) faz que, a partir de qualquer lugar, se mova a roda do processo social, em um movimento ascendente de espiral.

Essa é a representação, que se transforma em paradigma no Ciclo Econômico de Saúde e da Doença de Winslow (1952):

> Era claro ... que a pobreza e a doença formavam um círculo vicioso. Homens e mulheres eram doentes porque eram pobres; tornaram-se mais pobres porque eram doentes e mais doentes porque eram pobres.

Nesse sentido, esse círculo vicioso em espiral, em que as variáveis são simultaneamente causa e efeito, assumindo em cada volta novos valores, o sentido da espiral pode ser ascendente na medida em que maiores salários levam a melhor alimentação, educação e moradia, que finalmente levariam a melhor saúde e iniciariam um novo ciclo. Tal sentido seria o do progresso e do desenvolvimento econômico, enquanto o outro, com valores negativos, seria o círculo vicioso da pobreza, ignorância e doença, que levaria e manteria o subdesenvolvimento.

Dentro dessa segunda linha, refere-se Nurske (1953):

O conceito (círculo vicioso da pobreza) envolve, naturalmente, uma constelação circular de forças, que tendem a agir e a reagir interdependentemente, de sorte a manter um país pobre em estado de pobreza.

Não é difícil encontrar exemplos típicos dessas constelações circulares. Assim, um homem pobre talvez não tenha o bastante para comer; sendo subnutrido, sua saúde será fraca, sendo fraca, sua capacidade de trabalho será baixa, o que significa que será pobre, o que por sua vez, implica dizer que não terá o suficiente para comer; e assim por diante. Uma situação dessas aplicada a todo um país, pode reduzir-se a uma proposição truística: "um país é pobre porque é pobre".

Quais as idéias (ou os conceitos) que estão envolvidos em tal idéia de causação, que aparece como relação reflexiva permeando o discurso preventivista e que o excede em amplitude, uma vez que será encontrado na economia, na educação e na agricultura.

Em *primeiro lugar*, a noção da identidade das categorias que operam no círculo. Assim, as variáveis ligadas à produção possuem o mesmo peso causativo que aquelas ligadas a processos biológicos, como "maior energia e capacidade", saúde e doença, idênticas àquelas ligadas aos fenômenos de moradia, educação e nutrição, como também iguais àquelas dependentes de uma política estatal, como inversões em saneamento, prevenção e assistência.

Essa noção de ausência hierárquica das determinações leva a uma estratégia pontual de cada disciplina, em que será possível mover a espiral ascendente, a partir da saúde, como a partir do aumento da produtividade, ou da educação, alimentação e moradia.

Em *segundo lugar*, ao assumir a identidade das categorias, o que se está negando é a própria idéia de determinação, como, ao mesmo tempo, está se afirmando a especificidade da pobreza, que deve na riqueza encontrar seu modelo de espiral ascendente.

Repete-se o paradigma do desenvolvimento-subdesenvolvimento, em que o primeiro se constitui em modelo e meta para o segundo, e este uma fase histórica ultrapassada pelo desenvolvimento.

E, *finalmente*, a causalidade circular determina a articulação ideológica no interior de cada disciplina, pois, ao relacionar o seu objeto como causa e efeito das condições de vida das populações, abre a possibilidade de um discurso ideológico que do seu próprio interior se oferece como projeto e alternativa para aquelas condições de vida.

Articulação do conhecimento com o saber em um círculo de causalidade, que no seu movimento simultaneamente articulado e independente cobre de representação as contradições e determinações estruturais.

2°) Emergindo da circularidade, novos problemas apresentam-se, exigindo soluções da ciência em sua relação com a sociedade, assim:

> *New hazards to community family and personal health appear as by products of ours technological advances. As the menace of comunicable and acuts disease is lessened, the problem of chronic disease grows more formidable, creating changed demands on doctors, hospitals, families and community welfare services. As the population has an increasingly large proportion of older people, degeneratives disease comes to the forefront. As mental illness increases, its victims now occupying half our hospitals beds...*

Ainda:

> *of greatest importance has been the change in people's attitud towards sickeness and health ... Today most people in the United States regard an opportunity of health as they do an opportunity for education, a basic privilege of all citizens.*

Resultando:

> *a growing awareness by medical schools of the need to re-examine their teaching, so as to provide a setting where students can better learn the habits of thinking and action wich help them to become effective physicians in the changed scene...*

Emergência da circularidade que mergulha sobre si mesma, como se a cada avanço da espiral correspondesse uma circular paralela, em que os fatores positivos tornam-se negativos, gerando novas respostas das instituições e das ciências, na linearidade das suas relações com a sociedade.

É o mesmo conhecimento, dentro da mesma estrutura social e com a mesma medicina que, através de um novo ator, solucionará os novos problemas, através da determinação de novas relações sociais para este ator e de uma nova ideologia.

Assim, a mudança refere-se muito mais ao estabelecimento de novas relações sociais entre médico-paciente, família, comunidade, outros profissionais e instituições, assumindo-se que essas relações são determinadas por uma "atitude". Posição basicamente antropológica, em que o homem, livre das determinações, instaura novas relações sociais; em que atitudes educacionalmente formadas transformam as relações sociais exis-

tentes e que, em última instância, colocam uma outra forma mais geral de causalidade para as relações sociais, em que estas são determinadas pelos homens e por cada um em particular. Posição cientificista quando assume que a criação de um "paradigma" transforma e determina novas relações sociais.

Neste ponto é que o conhecimento se articula ideologicamente com o saber. O ponto do contato do conhecimento científico com a realidade através da sua possibilidade de intervenção se faz sobre a criação de uma nova visão de mundo, redefinindo-se os contornos de uma profissão que possui como caráter básico uma idéia de projeto-alternativa-interno à sua área profissional.

Dessa maneira, as relações discursivas estabelecidas, que possibilitaram a emergência desse discurso, referem-se a um campo de causalidade. O primeiro que estabelece as relações entre as categorias do fenômeno saúde-doença com categorias socioeconômicas em um mesmo plano de essências, mecanismo de analogia sobre as categorias, que opera no sentido inverso do conceito de analogia da medicina das espécies, em que a analogia é simultaneamente uma lei de causação, visto que, aqui, assumindo a causação, as categorias equiparam.

O segundo, que parte de um privilegiamento antropológico sobre as mudanças sociais, desprezando todo o conhecimento científico da sociedade que provocou um descentramento do sujeito para privilegiar na análise, as estruturas, portanto um mecanismo de centralização antropológica.

Dessa maneira, o discurso sobre a Educação Médica abre um novo jogo de espacializações:

1º) *Espacialização primária*: em que se coloca a saúde e a doença em relação com um dado ambiente que inclui o social, que se coloca uma relação linear entre ciência e sociedade, que se estabelece uma causalidade circular acumulativa entre fenômenos sociais e fenômenos mórbidos.

2º) *Espacialização secundária*: em que, para a compreensão dessa nova totalidade ecológica e para a sua solução, amplia-se a rede de relações sociais do médico, que, ultrapassando o paciente, chega à família, à comunidade e prepara o campo para uma transformação da educação médica.

3º) *Espacialização terciária*: em que se consideram os gestos pelos quais se instauram a produção, a delimitação e a estratégia para a formação desse novo profissional.

É sobre esse campo complexo, herdeiro da higiene, instrumento e agente dessas espacializações que surge a Medicina Preventiva.

Os documentos da conferência de Colorado Spring (1953a), apresentavam-se sob a forma de relatórios, e em resposta a quesitos previamente formulados pela comissão organizadora, que, no caso, tratava-se da Associação Americana de Colégios Médicos, como:

> *– What concepts, values and areas of interest from the field of preventive medicine should be common to all physicians?*
>
> *– What knowledge, skills, methods and techniques should all physicians be competent to aply in order to be effective in the field of preventive medicine?*

Assim, a pergunta que nos formulamos é qual o processo de produção desse discurso, ou seja, qual foi a forma de trabalho que permitiu que houvesse a enunciação?

O procedimento de trabalho coletivo repete-se em outros encontros. Os seminários sobre Ensino da Medicina Preventiva patrocinados pela Organização Pan-americana de Saúde em Viña del Mar e Tehuacán, respectivamente em 1955 e 1966, reúnem um grupo de especialistas que devem responder a perguntas dentro de um temário, assim por exemplo:

> *Cúales son los objetivos de la ensenanza de la medicina?*
> *Qué propósitos persigue la ensenanza de la medicina preventiva?*
> *Cúales son las funciones de la cátedra de medicina preventiva?*

Dessa forma, um grupo de pessoas é reunido durante um tempo determinado, vindo dos mais diferentes lugares, para a produção de um trabalho coletivo, mas não é um trabalho aberto a todas as possibilidades do pensar, antes de tudo é estruturado e estruturalizante.

Estruturado, na medida em que é um grupo determinado que responde a determinadas perguntas, ou seja, o enunciado que questiona define um leque de respostas possíveis. Não se coloca em discussão a natureza e a eficácia da Medicina Preventiva como respostas, alternativa ou solução de uma nova problemática, mas, antes, afirma-se:

> *Our conference tried to formulate the aims and methods of teaching preventive medicine in the light of what seens likely to be expected of physicians in the light of evoluing objectives of medical education today.*

Estruturalizante, quando o discurso, produto de um trabalho grupal, é metamorfoseado em Informe, Recomendação e cuja autoria é confundida com a própria organização patrocinadora. Não é mais a opinião de conceituados especialistas, a experiência pessoal combinada em um trabalho, nem o sujeito perante o discurso, mas sim a fala da instituição que se espraia na internacionalidade.

Se o discurso, a fala, se transforma em informe, o sujeito é transformado em participante ou *expert*. Se a proposta de análise arqueológica é a subtração do autor para deixar livre as regras do discurso, submetidas a uma "episteme", é na formação discursiva em que o processo de produção são os relatórios, pareceres e informes que se cristaliza plenamente a arqueologia.

Porém, na realidade, não são as regras do discurso operando em plena liberdade, há antes um novo conjunto de relações sociais que se estabelecem:

1º) As relações internacionais estabelecidas no pós-guerra, em que se reforçam organismos mediadores e fortalecem-se organismos técnicos. Assim, o surgimento da Organização Mundial da Saúde, em 1946, englobando as organizações já existentes, como a Organização Sanitária Pan-Americana criada em 1902.

Porém, é exatamente no contexto dessas novas relações internacionais que vai se gerar o conceito de subdesenvolvimento que, designando de forma nova uma realidade antiga e que tendo surgido no seio desses organismos internacionais, vai originar toda uma estratégia de ação (Bettelheim, 1965) baseado nesta teoria. Isso decorreu de uma nova forma de divisão do poder internacional após a Segunda Grande Guerra, em que as superpotências fazem um acordo que se formalizou na carta das Nações Unidas que estabelece "um método de ação diplomática, o qual não assegura que as pretensões das grandes potências sigam compatíveis em sua substância" (Furtado, 1968).

Duas teorias decorreram no plano imediato desse equilíbrio do poder, a Teoria da Contenção, que se objetivou na guerra fria, e a Teoria do Subdesenvolvimento, que se objetivou em novas formas de auxílio internacional dentro das chamadas "áreas de influência".

2º) Diante desse quadro, modifica-se o posicionamento de determinados grupos de intelectuais que são absorvidos nessas novas relações, em que a "experiência própria" em processos de mudança transforma-os em

experts, para assumirem a posição de sujeitos de um novo discurso que é simultaneamente uma Recomendação e uma Norma.

Mas, em síntese, qual foi o campo discursivo aberto? A Higiene, na ascensão da burguesia, ocupou um lugar na sociedade civil, enquanto sistema de normas que controlavam a saúde individual, e um lugar no Estado, enquanto normas coletivas de vida; portanto, é no particular que ela exerce o seu domínio associado à medicina com seu duplo discurso de auto-afirmação ideológica e de saber (como articulação entre a ciência e a ideologia). Porém, a higiene como prática dirigia-se a todos os indivíduos e não comportava uma legitimação abrangente de profissionais da saúde, dado que o correto seria a formação de uma cultura higiênica universal. Portanto, por um lado, a Higiene é absorvida pelo Estado na Saúde Pública e, por outro, ela cria um espaço a ser preenchido por uma legitimação profissional.

O enfrentamento nas décadas dos 1930 e 1940 nos Estados Unidos é o confronto entre o Estado e um setor da sociedade civil. O primeiro, dentro de sua autonomia relativa diante dos problemas econômicos e sociais surgidos com a Depressão, propõe um esquema racionalizador da atenção médica que, em última análise, nada mais é do que a racionalidade ampliada do capital, mas que no plano imediato entra em conflito com o grupo hegemônico no poder.

Assim, o controle da medicina aparece como o controle da própria sociedade civil pelo Estado, reagindo, portanto, através de sua instância política específica e cerceando as propostas de intervenção. Tendo a medicina, através de sua ligação com os grupos hegemônicos, exercido o controle político do Estado, é no nível de sociedade civil que devem surgir as respostas aos novos problemas médico-sociais:

1º) Preenchendo o vazio deixado pela higiene no plano individual através da definição de novas responsabilidades do médico diante da saúde e da prevenção, ou seja, a cultura higiênica é incorporada à profissão médica.

2º) Definindo o caráter *universal* dos médicos ao lhes atribuir uma responsabilidade social diante das famílias e da comunidade.

3º) Mantendo o caráter liberal da profissão, ou seja, mantendo-a no âmbito da sociedade civil.

4º) Definindo um lugar onde se processará essa mudança, ou seja, a educação médica, e especificamente a Medicina Preventiva.

Desta forma, a positividade da formação discursiva emergente possui um efeito de *raridade* ao delimitar, dentro do universo dos discursos possíveis sobre a atenção e a educação médica, aqueles que seriam possíveis, ou seja, aqueles que mantivessem a aderência com os princípios de organização da sociedade civil em uma dada formação social capitalista, mantendo a autonomia profissional, a não-intervenção do Estado, a responsabilidade de cada indivíduo diante do coletivo, a evolução histórica-natural da instituição médica, o privilégio e o monopólio do conhecimento etc. Essta raridade é que permite identificar o discurso preventivista como uma totalidade que unifica o conjunto dos enunciados dispersos.

Em segundo lugar, possui um efeito de *exterioridade*, na medida em que especifica um lugar de onde deve ser enunciado o discurso; assim, a institucionalização desse espaço dentro da educação médica denominada Departamento de Medicina Preventiva, ou de Medicina Social, correspondendo a um domínio prático que é simultaneamente autônomo e dependente. E, finalmente, possui um efeito de *acúmulo* que provoca uma aditividade entre os conhecimentos da Higiene e da Medicina, reorganizados segundo novas relações em forma de paradigmas (recorrência) que se investem em suportes técnicos-materiais, como as condutas preventivistas (ressonância).

Desenvolvimento periférico

A Medicina Preventiva é uma nova atitude incorporada à prática médica e essa atitude deve ser desenvolvida durante o processo de formação do médico, através de meios e pessoal específicos. Assim, esse movimento encontra seu lugar natural dentro das escolas médicas onde profere seu discurso para a mudança, enfrentando a longa luta de preparar novos médicos com a nova atitude preventivista que possa mudar o atual panorama da atenção médica.

Sendo definido que a mudança do ensino médico representava a estratégia fundamental para o desenvolvimento de uma atitude preventivista, realiza-se uma série de encontros e conferências internacionais com o objetivo de desenvolver essa área dentro das escolas médicas, quais sejam, as reuniões do Comitê de Especialistas da Organização Mundial de Saúde sobre Educação Profissional e Técnica de Pessoal Médico e Auxiliar em

1950 e 1952; as conferências sobre o Ensino de Medicina Preventiva de Colorado Springs (Estados Unidos) para o Canadá, Jamaica e Estados Unidos, em novembro de 1952, e de Nancy (França) para os países europeus, em dezembro desse mesmo ano; a Primeira Conferência Mundial sobre o Ensino Médico em Londres e, em 1950, o Primeiro Congresso Panamericano de Educação Médica.

Todos estes encontros levaram a que a Organización Panamericana de la Salud (1956) iniciasse a preparação de um Seminário que seria básico para a implantação do ensino de Medicina Preventiva na América Latina e que serviu de marco teórico para esse movimento: o Seminário de Viña del Mar e Tehuacan. A primeira parte do Seminário realizou-se em outubro de 1955, na Chile, com a participação de 58 diretores e professores de Medicina Preventiva de Escolas Médicas da Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai, Peru, Uruguai e Venezuela.

A segunda parte do Seminário realizou-se em Tehuacan, no México, em abril de 1956, e dela participaram representantes de Escolas de Medicina da Bolívia, Colômbia, Cuba, Equador, El Salvador, Guatemala, Haiti, Honduras, México, Porto Rico, República Dominicana e Suriname.

Aos participantes foi colocado um temário, composto de perguntas que deveriam ser respondidas pelos grupos de trabalho, de forma tal que constituíssem as resoluções do Seminário. O temário proposto foi:

1 Programas e Métodos de Ensino de Medicina Preventiva.

2 Organização do Departamento de Medicina Preventiva. A formação e as funções do pessoal docente.

3 Relações com outros departamentos da Escola Médica.

4 Papel do Departamento de Medicina Preventiva nas atividades dos Serviços de Saúde Pública e vice-versa.

As conclusões básicas desse Seminário acham-se sistematizadas no Quadro 1 e por elas podemos verificar que os Departamentos de Medicina Preventiva, para alcançar seus objetivos, deveriam provocar uma mudança no nível da escola médica, promovendo um sistema de integração curricular aliado também a uma mudança de atitudes dos docentes e, ainda, deveriam inaugurar um novo sistema de relações com os órgãos de saúde, oficiais ou não, e o ambiente acadêmico. Todo esse conjunto complexo de transformações deveria produzir um novo tipo de médico que, por suas características, promoveria uma mudança na qualidade da atenção médica e, por conseguinte, uma melhoria das condições de saúde das populações.

Tais seminários desdobram-se posteriormente em Seminários Nacionais (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, 1955; Organización Panamericana de la Salud, 1969; Asociación Venezolana de Facultades (Escuelas) de Medicina, 1967; Asociación de Facultades Ecuatorianas de Medicina, 1971; Asociación Peruana de Facultades de Medicina, 1974; Congresso Nacional de Professores de Higiene e Medicina Preventiva, 1956), publicações sobre experiências, programações e projetos departamentais (Scorzelli, 1966; 1973; Departamento de Salud para la Comunidad, 1971; Mascarenhas et al., 1962, 1963; Pantoja & Thomas, 1973; Renjifo, 1959; Departamento de Medicina Preventiva e Social, 1974; Situação da Medicina Preventiva na Bahia, 1970; Cardoso, 1966; Carvalho, 1966; Encontro de Docentes de Medicina Preventiva, 1969; 1970a; 1970b; 1970c; 1970d; 1970e; 1970f), relatórios de visitas a programas (Rico, 1965; Organización Panamericana de la Salud, 1963; Pellegrini Filho, 1974), novos livros (Bastos, 1969; San Martin, 1968; Ferrara et al., 1972; Sonis, 1971; Rizzi et al., 1973; Rodriguez, 1945; Kloetzel, 1973; Gernez-Rieux & Gervois, 1971), discussões conceituais (Evang, 1971; Janini, 1972; Tobar Acosta & Tobar, 1974), publicações de revistas sobre o assunto e relatos de experiência de atividades privadas (Climep, 1969).

A Medicina Preventiva assume, assim, a forma de um movimento social, que a partir dos Seminários e Congressos espraia-se em uma rede, em uma dinâmica de influências, de despertar e reforçar consciências.

Assim refere-se Freitas (1963):

> A convicção que o autor tinha a respeito da maneira como deveria ser focalizado o ensino da Higiene e Medicina Preventiva se fortaleceu através de duas oportunidades: a primeira, a visita a departamentos de Medicina Preventiva nos Estados Unidos da América do Norte e em Porto Rico tornada possível graças a um "*travel grant*" que lhe foi oferecido pela Fundação Rockeffeller. A Segunda, o 1° Seminário sobre Ensino da Medicina Preventiva celebrado em Viña del Mar.

Leser (1970), abrindo o I Encontro de Escolas Médicas, discutindo o conceito de Medicina Preventiva:

> Eu acredito que um marco que ficará na História do nosso Ensino Médico será o seminário que foi realizado em Viña del Mar – no Chile, sob os auspícios da Organização Pan-americana de Saúde; reunindo representantes de escolas médicas de um grande número de países do continente. E no caso do Brasil,

representantes de quase todas as escolas médicas que na época existiam ... Para algumas escolas isto foi mais um documento de recomendações não cumpridas, para outras, sentiram que tinham lá um grande compromisso...

Mascarenhas (1954), analisando os problemas de Saúde Pública no Estado de São Paulo, afirma que não existem limites nítidos entre a Medicina Preventiva, e a Curativa, para informar que:

> existe em muitos países modernos um movimento visando o ensino da Medicina Preventiva aos alunos do primeiro ao sexto ano das Faculdades de Medicina. Estes futuros médicos melhor dotados de conhecimentos da Medicina Pública, não apenas cuidarão dos problemas individuais mas também atenderão à repercussão destes na sociedade.

A expectativa de Saúde Pública dessa colaboração com a Medicina Privada, que se desenvolvia a partir da Medicina Preventiva, já era a esperança de Paula Souza (1950) prefaciando livro-texto sobre o assunto:

> sua colaboração (do médico) com as autoridades sanitárias pode ser eficientes e valiosa, desde que esteja ele imbuído da orientação correta traçada pela Medicina Preventiva.

A Organización Panamericana de la Salud (1969) reuniu em Washington, em novembro de 1968, um Comitê de Especialistas para elaborar um Informe sobre o Ensino de Medicina Preventiva e Social nas Escolas de Medicina da América Latina, que formulou objetivos para o ensino de Medicina Preventiva em termos de conhecimentos, atitudes e habilidades para o futuro médico.

1 Conhecimento e compreensão de:

a) Métodos para o estudo do nível de saúde coletiva;
b) Fatores ambientais, econômicos e socioculturais que modificam a saúde;
c) Determinantes da conduta em estado de saúde ou enfermidade;
d) Mecanismos para promover a saúde e prevenir as enfermidades;
e) Diversos sistemas de cuidado da saúde individual e coletiva, com ênfase nos programas e serviços do país respectivo;
f) Aplicação do método científico ao estudo dos problemas e organizações de saúde em função da realidade nacional;

g) Situação Sanitária-Assistencial do país e sua interrelação com o desenvolvimento sociocultural e econômico.

2 Incorporação dos seguintes valores e atitudes a sua maneira de pensar e atuar:

a) Atitude preventiva – Qualquer que seja a sua especialidade ou posição, o médico, em exercício, deve estar atento às oportunidades para promover a saúde e prevenir a doença no indivíduo e na coletividade;
b) Atitude epidemiológica – Sentido de prioridade do "coletivo". Ao tomar suas decisões, o médico deve ter em conta sempre a interrelação do indivíduo com seu ambiente e o caráter multifatorial dos fenômenos vivos;
c) Atitude social – Insatisfação com as condições de vida da maioria da população e interesse na sua melhoria; o médico atua sempre como parte de um sistema assistencial, a serviço do indivíduo e da coletividade e suas ações devem adaptar-se a estas circunstâncias;
d) Atitude educativa e de equipe – O trabalho do médico é sempre mais eficiente quando nele colaboram os demais integrantes da equipe de saúde e quando se estabelece uma boa relação médico-paciente.

3 Aquisição de habilidades e destrezas para:

a) Medir o nível de saúde e levar em conta os fatores socioculturais e ambientais de qualquer mudança na saúde individual e coletiva;
b) Aplicar as diversas medidas de fomento da saúde, de prevenção secundária e reabilitação, inclusive técnicas de comunicação e educação individual e de grupo;
c) Cumprir o papel que corresponde ao médico como parte da equipe de saúde dentro da organização assistencial do país;
d) Conseguir o máximo de eficiência ao menor custo na prestação de serviços médicos.

O Comitê reconheceu que o ensino deve ser composto, segundo seu conteúdo programático, de duas grandes áreas:

1 O ensino dos princípios e técnicas básicas requeridas para a formação do estudante em Medicina Preventiva:

a) Medicina quantitativa;
b) Epidemiologia;
c) Controle do ambiente;
d) Ciências da conduta;
e) Princípios de Organização e Administração.

2 A aprendizagem e a prática de suas responsabilidades preventivas como futuro médico, frente ao indivíduo e à comunidade.

Em relação ao início e duração do ensino, o Comitê recomendou que "deveriam ser ministradas durante todo o plano de estudos a fim de cumprir os objetivos formativos desta disciplina".

A comparação dos Seminários de Viña del Mar e Tehuacan com o Comitê de Especialistas em Medicina Preventiva possibilita uma avaliação da evolução do desenvolvimento da Medicina Preventiva na América Latina.

Garcia (1972), em investigação realizada em 1968 sobre a Educação Médica na América Latina, verificou que Medicina quantitativa, Epidemiologia, Ciências da conduta, Organização e administração dos serviços de saúde e medidas preventivas constituem o núcleo fundamental do que hoje se entende por Medicina Preventiva. Como se verifica no Quadro 2, 70% das Escolas Latino-Americanas ensinam essas cinco áreas.

O autor analisa trinta escolas que não ensinam as cinco áreas e constrói uma escola de tal forma que em um extremo tivéssemos aquelas que só ensinam medidas preventivas, e, no outro, aquelas que ensinam quatro das áreas. A análise dessa escala fornece uma história da introdução das várias disciplinas pelos departamentos. Assim, tivemos:

a) o conhecimento inicial ministrado foi o de medidas preventivas nos tópicos de higiene pessoal e saneamento ambiental;
b) a este se acrescentou a epidemiologia, que permite aprofundar o conhecimento da enfermidade e justificar ou descobrir novos meios de controle;
c) a medicina quantitativa surgiu como uma necessidade para a investigação epidemiológica e para o diagnóstico da situação de saúde a nível coletivo;
d) a introdução de organização de serviços e ciências da conduta marcou uma ruptura com o processo anterior. Conhecida a enfermidade em sua distribuição, alguns de seus determinantes e as medidas de controle, surgiu a necessidade de tornar mais eficiente a ação médica e, com tal fim, se incorporou a administração e, em uma etapa posterior, as ciências sociais, que tentam esclarecer porque certas medidas conhecidas como efetivas não se aplicam e porque quando se aplicam não produzem os resultados esperados.

Essa investigação fornece-nos outros dados interessantes sobre o ensino de Medicina Preventiva na América Latina:

1 Os centros que mais influenciaram a criação dos Departamentos de Medicina Preventiva foram, em primeiro lugar, as escolas médicas norte-americanas, e entre estas a de Cornell e a Western Reserve.

2 A média de horas de aula (de Medicina Preventiva) por aluno nas escolas com curso médico completo é de 205 horas (desvio-padrão de 143).

3 Das escolas investigadas, 45% possuíam programas extramurais tendo como objetivo fundamental a mudança de atitude do estudante em contacto com a realidade.

4 O autor investigou em seis escolas a opinião de estudantes de medicina sobre o ensino de Medicina Preventiva, verificando que a grande maioria dos estudantes via "na Medicina Preventiva uma ferramenta útil para o exercício profissional" e que "sentir-se-iam satisfeitos se tivessem que dedicar, na prática médica, mais tempo às medidas preventivas que às curativas".

Esse último achado contraria a opinião de diversos autores sobre a posição dos estudantes em relação à Medicina Preventiva. O autor levanta a hipótese de que poderia estar ocorrendo uma mudança na imagem que o estudante tem do profissional ao ingressar na Faculdade, pois já estaria "incluindo as ações preventivas entre as funções do médico". Uma outra hipótese que se coloca é que o instrumento de investigação utilizado (questionário) não se presta a esse tipo de problema, uma vez que o estudante poderia ser induzido a responder de uma forma ideal e não expressar seu comportamento real diante da disciplina. Essa hipótese é reforçada pelo fato de que a Medicina Preventiva como movimento ideológico, ao definir seus objetivos em termos de humanismo, bem-estar da comunidade e medicina integral, automaticamente coloca aquelas pessoas que estão contra ela contra esses objetivos. Esse fato poderia ter induzido os estudantes a ressaltar a sua importância mesmo quando, na realidade, a consideram secundária.

Procuramos demonstrar, nos capítulos anteriores, que a Medicina Preventiva caracterizou-se como um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, sem, contudo, procurar ser um movimento político que realmente transformasse essa prática. Dessa forma, o seu discurso mantinha uma relação de organicidade

com o momento histórico vivido pela sociedade norte-americana, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde.

Fato fundamental dessa leitura é que, sendo basicamente um acontecimento supra-estrutural, ela vem marcada pelas características mais gerais da instância ideológica. Assim, a Medicina Preventiva apresenta-se como sendo *natural*, na medida em que representa uma evolução intrínseca da própria medicina, regida por suas leis internas e *universal*, quando generaliza essa alternativa como solução para os problemas da medicina em qualquer formação social, transformando-se, portanto, em uma solução que ultrapassa os limites de sua origem para tornar-se internacional.

Em nosso quadro teórico, estabelecemos as relações que o discurso mantém com uma dada formação social, através da noção de organicidade. Ao distribuir-se em um novo espaço social, qual seja, o da América Latina, a partir de um centro hegemônico, automaticamente o discurso preventivista situa-se em um novo campo de relações: o da Dependência.

Entendemos que é na dinâmica das classes sociais com seus intelectuais orgânicos, envolvidos em uma dada episteme, que se especificam as regras da formação. Assim, em relação à formação dos objetos, as superfícies de emergência da Medicina Preventiva vão aparecer no interior das associações médicas, em sua luta contra a intervenção estatal. Em encontro realizado em Boston, em 1920, o relatório final coloca (Fish Bein, 1947):

> *There is special need that the medical profession develop some method by which the great possibilities of modern medicine in the way of diagnosis, treatment and prevention of diseases, may by brought within the reach of all people. This function, it is believed, should be performed by the medical profession and not through any form of state medicine.*

Portanto, as superfícies de emergência já trazem em si as instâncias de delimitação, ou seja, daqueles setores que na sociedade instauram os objetos. No mesmo encontro de Boston, o presidente "*was especially disturbed by what he called 'outside interference' with medical education...*", o que significava financiamento de fundações e universidades estatais para programas de ensino, que podiam representar influências exógenas ao grupo médico e seu interesse. Ou seja, as instâncias da sociedade que instauram o discurso devem ser aquelas que mantenham a organicidade com seu projeto de classe de origem.

A partir desse ponto, vemos que a determinação de quem fala, os lugares institucionais de onde o sujeito questiona, as grades de questiona-

mento, as posições dos sujeitos em relação aos diversos objetos etc., ficam submetidos a uma matriz especial. Nesta, o universo dos acontecimentos concretos fica reduzido ao conjunto dos objetos instituídos por uma leitura liberal e profissional da medicina, produzida por seus intelectuais orgânicos, distribuídos em um espaço social apropriado.

O desenvolvimento dessa estrutura, através das regras de formação de conceitos, nada mais é do que a construção teórico-ideológica do real, emitida desse ponto especial e particular de enunciação, em que encontramos toda a discussão sobre as diferenças entre Medicina Preventiva e Saúde Pública, as noções de integração, de inculcação, mudança etc. bem como todo o conjunto de seus paradigmas.

Vejamos como operam essas relações de organicidade, diante do fenômeno da Dependência. Inicialmente, o discurso preventivista, gerado em um país central do modo de produção capitalista, cria um espaço a ser preenchido por intelectuais orgânicos que passarão a ser os seus sujeitos nos países periféricos. Portanto, o discurso abre o espaço para os sujeitos, para a institucionalização dos lugares que ocuparão e de sua legitimação.

Em seguida, o discurso propicia os objetos, as estratégias e todo um instrumental conceitual, que será utilizado na construção teórica do real no país dependente. A construção teórico-ideológica do real, nos países dependentes, coloca o profissional médico como agente de mudança das condições de saúde, esquecendo-se, em primeiro lugar, de relacionar essas condições de saúde ao desenvolvimento das forças produtivas nos países periféricos (Navarro, 1973) e, em segundo, de analisar as relações sociais que envolvem e determinam o trabalho médico, bem como a organização social da medicina (Donnangelo, 1972).

A contradição entre as representações preventivistas sobre o real e as reais condições de existência das populações latino-americanas e de seus serviços de saúde está, pois, centrada sobre o funcionamento ideológico do movimento. Assim, a ideologia funciona no eixo desconhecimento-reconhecimento, em que o último membro do par fornece uma alusão-ilusão ao real em termos de uma forma (ou modo) de construir a representação sobre o real.

Na América Latina, até a década de 1950, a Medicina Preventiva não existia como um movimento, aparecendo somente como uma categoria classificatória de subdivisões da Higiene. Após os seminários, começam a surgir:

1º) O reconhecimento de uma situação problemática na área de saúde, que pode ter sua solução através da criação de um profissional médico com uma "nova atitude". Esse reconhecimento refere-se às condições reais, em termos do predomínio das atividades curativas, da ausência de visão social dos médicos, de sua concentração urbana, e simultaneamente cria a ilusão de que essa problemática pode ser resolvida no nível da atitude particular.

2º) A composição do reconhecimento em um conjunto articulado de conceitos, que se pretende como teoria e que fundamente o mundo de suas práticas, ou seja, constitui-se em uma ideologia-teórica que a partir de conceitos como os de saúde e doença, história natural, multicausalidade, atitude social, entre outros, justifica a sua alternativa de mudança.

3º) Um aparelho ideológico material, que servirá de base para a existência material dessas concepções e práticas, ou seja, os Departamentos de Medicina Preventiva.

Porém, o funcionamento do par desconhecimento-reconhecimento, na América Latina, ganha outras dimensões de complexidade, quando a ausência, a que o reconhecimento se refere, é, na verdade, a presença das percepções, pelos sujeitos concretos, da dimensão social das formas de vida de grandes parcelas da população, da existência das endemias e da fome, da inexistência de assistência médica, enfim, de todo o complexo da pobreza em sua aparência imediata. Em relação ao segundo elemento, também se processa todo um conjunto de estudos que estabelecem associações entre os elementos mórbidos e a estrutura social.

Dessa forma, a Medicina Preventiva na América Latina configura-se como uma área em constante tensão, quando, por um lado, enfrenta a escola médica, os estudantes e os serviços de saúde, e, por outro, enfrenta as próprias condições reais de existência com seu saber que não consegue dar conta destas. Daí a característica do discurso preventivista ser simultaneamente:

1º) *Crítico*: quando coloca em questão a educação, a organização e a prática médica e estabelece as associações destes fatos com a estrutura social.

2º) *Apologético*: quando se assume como uma forma de pensar, transformadora da situação de crise configurada acima, que transforma os seus sujeitos em mensageiros de uma nova doutrina.

3º) *Tecnocrático*: quando instrumenta a atitude preventivista com uma tecnologia procurada na Saúde Pública, administração de empresas e o ensino com toda uma tecnologia educacional.

Essa configuração do seu discurso, diante da realidade política latino-americana, em que o Estado tem freqüentemente assumido total ou parcialmente o controle das ações de saúde, através dos diferentes sistemas previdenciários, leva, como tendência, a que a Medicina Preventiva se afaste, progressivamente, das suas relações com a sociedade civil para aproximar-se do Estado, em sua dimensão tecnocrática.

Porém, no núcleo dessas contradições, têm-se desenvolvido novas concepções do papel da Medicina Preventiva na transformação da teoria da medicina, através de uma prática teórica específica, que consegue delimitar o ideológico no seu interior (Garcia, 1972; Gaete & Tapia, 1970; Comite de Expertos de la OPS/OMS, 1974; Problemas teóricos, 1972).

Tal possibilidade de Prática Teórica tem sido possível através da divulgação de trabalhos como os de Canguilhem (1971; 1972), Bachelard (1972), Althusser & Balibar (1970), Foucault et al. (1972), Fichant & Pécheux (1971), Bernis (1974), Labastida (1971), Silmon (1973), Piaget (1970), Boltanski (1968), Illich (1974), Jantsch (1972), Heckenhauser (1972) e outros que, num processo de abertura de novos horizontes dentro das Ciências Sociais, têm fornecido novos instrumentais para a análise da Medicina.

Quadro 1 – Características do ensino da Medicina Preventiva, segundo os Seminários de Tehuacan e de Viña Del Mar, promovidos pela OPS/OMS

	SEMINÁRIO DE TEHUACAN	SEMINÁRIO DE VIÑA DEL MAR
Objetivos do ensino de Medicina Preventiva	Dar a oportunidade ao estudante para adquirir os conceitos e métodos de atenção integral ao indivíduo e sua família, ajudando-os a alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente a ausência de afecções ou doenças. Criar no futuro médico a consciência da função social de sua profissão, estimular no estudante o interesse nas atividades coletivas relacionadas com a saúde e fomentar as boas relações dos futuros médicos com as autoridades sanitárias.	Dar ao futuro médico uma compreensão sobre os alcances e possibilidades da prevenção, motivando uma mudança de atitude para um conceito mais integral de medicina. Deve proporcionar as noções fundamentais, as normas e as técnicas para proteger e fomentar a saúde dos indivíduos, a fim de que as incorpore à prática diária.
Visão do Homem	Entender o homem como unidade social, tendo em conta suas inter-relações com o meio ambiente, seja físico-químico, biológico, psicológico ou social.	Entender o homem como unidade biológica que está integrada em uma família, e esta, por sua vez, em uma sociedade.
Disciplinas componentes	Ecologia, Estatística, Epidemiologia, Higiene Materno-Infantil e Escolar. Problemas de Alimentação e Nutrição, Higiene Mental e Ocupacional, Saneamento Ambiental, Educação Sanitária, noções gerais sobre problemas e recursos médico-sociais, econômicos e culturais da região e do país. Organização da Comunidade e Administração Sanitária.	Bioestatística, Epidemiologia, Saneamento, Problemas médico-sociais da família, da comunidade e do país, Antropologia Social e Ecologia, Educação Sanitária, Medicina Ocupacional, Conhecimentos das Organizações Sanitárias e Assistenciais.
Métodos de ensino	Preferir os métodos nos quais os alunos aprendam de forma ativa desde os primeiros anos. Combinar os métodos de instrução; aulas teóricas, meios audiovisuais, seminários, estudos de investigação e de laboratórios, trabalhos bibliográficos, visitas a	As aulas magistrais devem ocupar o menor espaço de tempo possível, devendo o curso ser ministrado através de seminários, discussões bibliográficas, trabalho em laboratórios, clínicas e no campo. Recomenda-se especialmente que o aluno devidamente

Continuação

	SEMINÁRIO DE TEHUACAN	SEMINÁRIO DE VIÑA DEL MAR
Métodos de ensino	instituições, atenção de um número limitado de famílias por um período.	supervisionado atue como conselheiro médico e observador de um número limitado de famílias da comunidade durante um longo período. Recomenda-se também a participação dos alunos nos serviços locais de saúde.
Início do Ensino	Iniciar o ensino nos primeiros anos do curso.	Iniciar o ensino tão precocemente quanto permitam as facilidades de supervisão e a preparação dos estudantes.
Funções do Departamento	Desenvolver o ensino teórico-prático de suas matérias específicas. Promover e colaborar na integração da Medicina Preventiva com outros departamentos. Capacitar e aperfeiçoar seu próprio docente. Colaborar no ensino de Medicina Preventiva e Saúde Pública em outras Faculdades da Universidade. Realizar investigações em uma ampla área de caráter teórico até as aplicadas que devem ter prioridades; Assessorar os serviços de Saúde Pública etc.	Ensinar Medicina Preventiva em cursos independentes e coordenar-se com outras matérias a fim de inculcar no estudante um conceito integral da medicina. Planificar e levar a cabo investigações indispensáveis para um melhor conhecimento dos problemas médicos sociais e para um ensino adequado. Fomentar o desenvolvimento de atitudes mais positivas dos membros da Faculdade com relação a conceitos de prevenção. Assessorar as organizações de Medicina Pública e Privada nas soluções de problemas de Saúde de Comunidade.
Relações com outros Departamentos	Integração de cursos, seminários e apresentações clínicas de interesse comum; nomeação simultânea de assistentes pelo Departamento de Medicina Preventiva e por outro, intercâmbio de serviços, assessorias em estatística e epidemiologia.	Integração de cursos, seminários e outras atividades conjuntas; utilização conjunta de pessoal para o ensino teórico e práticas de campo. Investigação conjunta de problemas individuais e coletivos. No ensino das matérias básicas, o Departamento pode

Continuação

	SEMINÁRIO DE TEHUACAN	SEMINÁRIO DE VIÑA DEL MAR
Relações com outros Departamentos	Investigação conjunta de problemas clínicos ou outros de interesse para a comunidade etc.	participar diretamente estudando e realçando a importância que têm os fatores médico-sociais e nas clínicas pode participar no estudo epidemiológico e médico-social de cada enfermo em seu próprio ambiente familiar e social e insistir sobre a importância do diagnóstico precoce e os exames médicos periódicos.
Relações com Serviços de Saúde Pública	Considerando que a Comunidade é o laboratório vital do Departamento, este deve trabalhar harmonicamente com os Serviços de Saúde Pública e prestar ajuda para cumprir suas finalidades científicas e sociais.	Recomendou-se que os departamentos promovam a formalização de acordos e outras medidas tendentes a produzir a conexão necessária com os Serviços de Saúde Pública para um benefício recíproco.

Quadro 2 – Número de escolas segundo os temas de Medicina Preventiva e Social, que se ensinam no plano de estudos, 1967

TEMAS DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL					Número de Escolas (N= 100)
Ciências da Conduta	Organização e Administração	Medicina Quantitativa	Epidemiologia	Medidas Preventivas	
+	+	+	+	+	70
–	+	+	+	+	12
+	–	+	+	+	7
+	+	–	+	+	1
+	+	+	–	+	1
–	–	+	+	+	6
–	–	–	+	+	2
–	–	–	–	+	1

(+) Ensina-se o tema.

(–) Não se ensina o tema.

Fonte: García (1972)

A delimitação

A Medicina Preventiva, no seu discurso, realiza um trabalho de delimitação, que, por um lado, afirma a sua identidade e diferença com a própria medicina e, por outro, estabelece as suas diferenças com a Saúde Pública e a Medicina Social.

Partindo da definição de Saúde Pública de Winslow (1952), Leavell & Clarck (1965) consideram a Medicina Preventiva como a "ciência e a arte de prevenir as doenças, prolongar a vida e promover a eficiência e a saúde física e mental" e deduzem, portanto, que a saúde pública e a privada são divisões da Medicina Preventiva que requerem esforços ou ações organizadas da comunidade.

San Martin (1968), partindo do mesmo conceito de Saúde Pública, chega à conclusão de que *"La medicina preventiva es, pues, tal como la curation, parte de la salubridad pero no es sinónimo de ella"*.

Portanto, a relação da Medicina Preventiva com a Saúde Pública é uma relação de continente-conteúdo, dependendo da postura assumida pelo sujeito do discurso, ou, em outras palavras, que o discurso abre duas possibilidades para posicionamento dos sujeitos; uma que afirma a hegemonia

da sociedade civil e a saúde pública submetida a ela, e a outra, que afirma a supremacia do Estado ao qual a atividade privada está submetida. Porém, em ambos os casos prevalece a idéia de uma dupla leitura, em que a Medicina Preventiva é a leitura liberal vinda da sociedade civil, e a Saúde Pública a leitura estatal diante de novas funções do Estado na sociedade capitalista.

Nesse estabelecimento de fronteiras, a Medicina Preventiva define a relação dos seus agentes com a Saúde Pública, propondo formas de integração e cooperação de trabalho, mantendo, porém, a autonomia das áreas. Por outro lado, o discurso preventivista reorganiza o conhecimento de Saúde Pública de forma que possa ser incorporado à prática liberal da medicina.

Nos Estados Unidos, essa delimitação é extremamente clara na medida em que o âmbito de saúde pública é bem delimitado diante da atenção médica, o que não sucede nos países da América Latina, em que a relação se dá com um confronto entre dois tipos de profissionais, cujos limites estão imprecisos.

Em relação à Medicina Social, Leavell & Clarck (1965), discutindo os dois termos, referem que Medicina Social é um termo utilizado na Europa para enfatizar a importância do ambiente humano para a saúde, para concluir que a diferença entre os dois conceitos é muito pequena.

Garcia (1972) comenta o fato de que "o uso do termo Medicina Preventiva e Social faz supor que se atribua diferentes significados a Medicina Preventiva e a Medicina Social", porém, quando se analisa o conteúdo destas disciplinas, não se verifica nenhuma diferença.

Hubbard (1953), comentando o fato de que até 1964 não existia nenhum Departamento com o nome de Medicina Social nos Estados Unidos, refere que o cidadão comum – e muitos médicos também – não sabem realmente o que se entende por Medicina Socializada, mas está certo de que é mau. E Medicina Social não soa muito diferente.

Outros autores enfatizam a diferença de Medicina Preventiva e Social, como é a definição de Medicina Social do Congresso Interamericano de Higiene (1955) realizado em Cuba: "é o ramo de medicina que se ocupa das relações recíprocas que existem entre as doenças e a saúde e as condições econômicas e sociais dos grupos humanos".

Freitas (1961) considera que "*en la Medicina Social, se procurará considerar los problemas de salud y enfermedad, donde vivem los individuos en relación a la*

sociedad, empegando en el núcleo básico de la sociedad, la familia... deberám ser considerados los aspectos ecológicos inclusos económicos de la Medicina".

Leff (1953) considera que existem diferentes escolas de Medicina Social, como a de *Reabilitação,* que coloca como problema a existência de milhões de pessoas com problemas crônicos de saúde, que para a sua recuperação e reintegração na sociedade necessitam de uma abordagem social. A *Escola de Saúde Pública,* que considera a Medicina Social como sua extensão, sendo o seu próximo estágio de desenvolvimento. A *Escola Psicológica,* que pretende resolver os problemas sociais através de uma abordagem psicológica. A *Escola de Saúde Positiva,* que se propõe a estudar a saúde como um objeto em si e não como a ausência de doenças. Após essa discussão, o autor conclui, revendo a história da Medicina Social na Inglaterra:

> *We should recognize first that any discussion of the theory and practice of social medicine must take place against the background of a social order in which health and disease patterns are continually changing; and, second, that the theories of medicine of the last three centurien can no longer cope with our changing society and must be modified and extended.*

O Encontro de Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo (1970f) concluiu que: "no que se refere à distinção entre Medicina Preventiva e Social não parece haver dúvidas de que os conceitos diferem na origem e evolução".

A Medicina Preventiva desenvolveu-se nas escolas americanas em decorrência da necessidade de se aprimorar a medicina individualista, numa tentativa de corrigir as distorções da extrema fragmentação da atenção médica, resultante da tendência de especialização.

A inspiração predominante é identificada em fontes relacionadas com as ideologias da medicina como profissão liberal e surge em resposta às exigências resultantes de mudanças no sistema social como elemento com tendência a favorecer a manutenção da ordem existente no campo da saúde, da atenção médica e da organização profissional.

Embora a maior difusão do conceito de Medicina Social se deva à Inglaterra (com a criação do Instituto de Medicina Social em Oxford, em 1942), as suas origens como disciplinas de ensino parecem ser mais remotas e localizam-se na Alemanha e na França. Desenvolvem-se no conjunto das mudanças sociais resultantes da Revolução Industrial, como uma medicina integrada no campo da saúde, esta entendida como responsabilidade bem definida do Estado.

Durante este encontro, definiram-se duas posições:

1 A identidade atual dos conceitos – Apresentada pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo que conceituou Medicina Preventiva como a aplicação de conhecimentos e métodos de várias disciplinas à promoção, manutenção e restauração da saúde, bem como a prevenção de doenças, de incapacitação e de mortalidade prematura, através de programa individual ou coletivo de atenção médica e concluía:

> A Medicina Preventiva assim conceituada tem mais relações com os conceitos de Medicina Social desenvolvidos na Europa na primeira metade do século XIX do que com as filosofias e propósitos da Medicina Preventiva tal como incluída nos currículos das escolas americanas a partir de aproximadamente 1940.

2 Afirmação da diferença – Defendida pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas (1974) que conceituou Medicina Social como o estudo da dinâmica do processo saúde/doença nas populações, suas relações com a estrutura de atenção médica, bem como das relações de ambas com o sistema social global, visando à transformação dessas relações para a obtenção, dentro dos conhecimentos atuais, de níveis máximos possíveis de saúde e bem-estar das populações.

Silva (1973), discutindo a diferença entre os dois conceitos, coloca que

> alguns Departamentos de Medicina Preventiva passaram a adotar, tendencialmente uma posição potencialmente mais inovadora, uma posição de crítica construtiva da realidade médico-social e da prática da medicina, fundamentada bem mais no modelo de medicina social do que no modelo original de Medicina Preventiva

para afirmar que "como disciplina do currículo... a Medicina Preventiva se confunde com a Medicina Social". A partir disso, o autor adota como conceito de Medicina Preventiva aquele apresentado como de Medicina Social pelo Departamento de Campinas, com pequenas modificações.

Analisando essa evolução, em que encontramos um verdadeiro jogo conceitual, nota-se que, na realidade, trata-se de um problema mais profundo do que a simples denominação de um Departamento.

O informe final do Comitê de Expertos no Ensino de Medicina Preventiva e Social da Organização Panamericana de Saúde (1974) considera

que a Medicina Preventiva desempenha um papel para o desenvolvimento de uma mentalidade preventiva e dos aspectos bio-psico-sociais das doenças, cabendo agora à Medicina Social o estudo da instituição de atenção à saúde e os esquemas de ação médica produzidos. Assim, enquanto a Medicina Preventiva representava um movimento ideológico, a Medicina Social deve estudar o seu objeto que, segundo seus autores, é *"el estudio de las acciones en medicina; entiendose por tal el campo de la practica y conocimientos relacionados com la salud"*.

A Medicina Social aparece, pois, com duas tendências; a *primeira* decorrente da sua origem no século XIX, com um movimento de modificação da medicina ligado à própria mudança de sociedade, ou assumindo somente a modificação da medicina através da sua mudança institucional, como sucedeu na recente medicina social inglesa; a *segunda* é uma tentativa de redefinir a posição e o lugar dos objetos dentro da medicina, de fazer demarcações conceituais, colocar em questão os quadros teóricos, enfim, trata-se de um movimento no nível da produção de conhecimentos que, reformulando as indagações básicas que possibilitaram a emergência da Medicina Preventiva, tenta definir um objeto de estudo nas relações entre o biológico e o psicossocial. A Medicina Social, elegendo como campo de investigação essas relações, tenta estabelecer uma disciplina que se situa nos limites das ciências atuais.

Podemos, a partir desta análise, afirmar que, independentemente das denominações utilizadas, existem duas formações discursivas em confronto, que se definem em relação à organicidade dos seus discursos; assim, por um lado, a Medicina Preventiva aparece como uma prática ideológica, organicamente ligada aos grupos hegemônicos da sociedade civil e existindo como uma norma que não se instaura, por suas próprias contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico, na prática. Por outro lado, a Medicina Social, que tenta realizar uma ruptura com esta postura ideológica e delimitar um objeto de estudos a partir do qual pudesse produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora. Trata-se de um discurso que procura a sua organicidade na contradição das classes sociais, assumindo uma posição diante dessas contradições na teoria.

Do "Dilema preventivista" à saúde coletiva

Jairnilson Silva Paim[1]

Contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva é um texto denso e difícil, embora possa ser lido de diversas maneiras. O próprio autor, vez ou outra, brincava com o hermetismo e sugeria que o leitor passasse por cima do capítulo da metodologia. Todavia, as múltiplas leituras que o estudo comporta transcendem questões de estilo. A riqueza desta tese reside nas diversas pistas teóricas e políticas que fornece.

A motivação inicial da pesquisa e o contexto de onde surgiu põem logo em questão a educação médica e a formação de recursos humanos em saúde nas dimensões preventiva e social. Professores de Medicina que se dedicaram ao ensino dessas dimensões no Brasil, a partir do final da década de 1950 e nos anos 60, supunham realizar mudanças no ensino como forma de transformar a prática médica. Diversas reuniões de docentes realizadas em São Paulo levantavam problemas, buscavam soluções, mas os resultados não convenciam. Cada vez mais se surpreendiam com dificuldades, resistências e fracassos. Dessa prática, portanto, nasceram as perguntas que originaram a investigação.

No âmbito internacional, a experiência de implantação do ensino na Medicina Preventiva e Social (MPS) estimulou a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS), com o apoio da Fundação Milbank Memorial, a realizar uma avaliação sobre tal processo expandindo-se, ulteriormente, para um estudo mais amplo sobre a educação médica na América Latina.[2] Nesta

---

1 Professor titular em Política de Saúde do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia. Pesquisador 1-A do CNPq.

2 GARCIA, J. C. *Educación Médica en la América Latina*. Washington: OPS, 1972. 430p. (Publicación Científica, 255).

investigação, além de ser apresentado um diagnóstico sobre o ensino das várias disciplinas que compunham o plano de estudos dos cursos médicos e sobre a ordem organizativa da escola, foi elaborado um marco teórico que examinava a educação médica como modo de produção de médicos, distinguindo objeto, atividades, meios de trabalho e relações técnicas e sociais envolvidas nesse processo. Concluía com indicações sobre as relações entre a medicina e a estrutura social de modo a recuperar a historicidade da prática médica nos diferentes modos de produção econômica: escravismo, feudalismo e capitalismo.

No Brasil, a realização do curso experimental na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, a partir de 1968, possibilitou a incorporação parcial das ciências sociais no ensino da Medicina Preventiva e certa reflexão sobre relações e diferenças com o sanitarismo e a Medicina Social do século XIX.[3] Nesse contexto, foi realizada uma investigação sobre as transformações ocorridas no mercado de trabalho médico em razão de suas articulações com o Estado, via Previdência Social, destacando-se as ideologias ocupacionais conformadas nas consciências dos profissionais.[4]

A tese de Arouca dialogava com essas iniciativas e centrava-se na idéia da Medicina Preventiva como um *discurso* que, apesar de acenar para mudanças (na educação e na prática médica), era incapaz de realizá-las. Desse modo, debruçou-se sobre a emergência e desenvolvimento do discurso preventivista e demonstrou a fragilidade das suas noções, conceitos e modelos, buscando no extradiscursivo possíveis explicações para os seus fracassos e, ao mesmo tempo, as possibilidades de sua superação. Recorreu à obra de Michel Foucault para o estudo do componente discursivo, e ao materialismo histórico para dar inteligibilidade ao extradiscursivo, ou seja, a trama de relações econômicas, políticas e ideológicas presentes nas formações sociais em que foi elaborado e difundido o referido discurso.

A delimitação conceitual empreendida permitiu ver a Medicina Preventiva como "filha de Higiene", ou seja, leitura liberal e civil dos problemas de saúde e do sistema de serviços de saúde da sociedade americana, transferida para os países sob a sua órbita de influência. O seu desenvolvi-

---

3 SILVA, G. R. da. Origens da Medicina Preventiva como disciplina do ensino médico. *R. Hosp. Clín. Fac. Med.*, São Paulo, v.28, p.91-6, 1973.

4 DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade;* o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.174p.

mento central e periférico, em contraposição à Saúde Pública e à Medicina Social, assentava-se na luta político-ideológica contra a intervenção do Estado na saúde (via Serviço Nacional de Saúde de natureza pública) e contra as transformações sociais necessárias à melhoria da situação de saúde.

O estudo analisava a MPS como prática ideológica que questionava a prática médica vigente pela ausência de racionalidade, excesso de especialização e tecnificação, enfoque biologicista e individualista, bem como pela inadequação dos profissionais às necessidades da população. Assim, o preventivismo afirmava os seus princípios buscando reorientar a prática médica a partir da formação de uma nova atitude (integral, preventiva e social) dos médicos como se fora o "partido de uma nova atitude" e seus militantes se constituíssem em "profetas do vir a ser".

A partir da leitura de *Dilema preventivista* já não eram mais possíveis a inocência e a ingenuidade diante da educação e da prática médicas, da organização social dos serviços de saúde e das sociedades capitalistas. Antes desta tese não era estranho ver médicos e docentes comunistas na política, liberais-conservadores no exercício profissional, e social-democratas nas ações sociais. Depois de 1975, tal combinação já soava como oportunismo, esperteza ou, na melhor das hipóteses, hipocrisia. Ao levantar o véu da ideologia que cimentava os saberes e práticas dos preventivistas, este estudo abria horizontes de prática teórica e de prática política para os que pretendessem sair do "dilema".

Mesmo sob a ditadura, distintos caminhos foram percorridos. A tese foi difundida, quase de forma pirata, através de cópias xerox. Fragmentos dela ou traduções do *"arouquês"* eram utilizados em seminários de graduação,[5] enquanto seus capítulos eram dissecados nos cursos de pós-graduação. A implantação dos Cursos Básicos e Regionalizados de Saúde Pública, promovidos pela Escola Nacional de Saúde Pública em parceria com Secretarias Estaduais de Saúde e Departamentos de Medicina Preventiva e Social, permitia problematizar muito dos seus conteúdos tomando como contraponto os conceitos *básicos* e *estratégicos* do discurso preventivista. Assim, noções como processo saúde-doença, causalidade, história natural das doenças, de um lado, e integração, resistência, inculcação, contato,

5 PAIM, J. S., FORMIGLI, V. L. A. Redefinições do ensino da Medicina Preventiva e Social. *Rev. Brasileira de Educ. Médica*, v.5, n.1, p.7-18, 1981.

mudança, de outro, eram objeto de reflexão e crítica, ensejando novas perguntas para investigação e novos desafios para a prática.[6]

Pesquisadores e alunos dos cursos de pós-graduação em Saúde Pública, Saúde Comunitária, Medicina Preventiva e Social produziram diversos estudos, dissertações e teses mobilizados por tais perguntas. E o conhecimento produzido na Academia alimentava os debates promovidos pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) – que teve Sérgio Arouca como um dos seus fundadores e presidente nacional, e a prática política do *movimento sanitário*.[7] Assim, a prática teórica e a prática política, visualizadas como alternativas ao *dilema preventivista*, encontravam os seus espaços de realização mesmo diante dos limites e ameaças impostos pelo autoritarismo.

Paralelamente, o Programa de Recursos Humanos da OPS, sob a liderança de Juan Cesar Garcia, apoiava encontros para a discussão das ciências sociais em saúde, de textos didáticos e de cursos de mestrado em Medicina Social.[8] Nessas oportunidades, aprofundava-se a crítica aos referenciais teóricos disponíveis e buscavam-se alternativas. Os cursos, por sua vez, revisavam seus marcos conceituais, planos de estudos, conteúdos programáticos e linhas de pesquisa. Essas iniciativas confluíram na realização do Encontro Nacional de Pós-Graduação em Saúde Coletiva em 1978, no qual as críticas à Medicina Preventiva e à Medicina Comunitária[9] fundamentaram as propostas e debates, resultando no projeto de criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), concretizado no ano seguinte.[10]

Nos limites deste texto, não é possível analisar exaustivamente a contribuição da tese do Arouca no desenvolvimento das práticas política, teórica e científica do Cebes e da Abrasco, enquanto sujeitos coletivos, e seus intelectuais orgânicos. Também não se podem examinar inteiramente as

---

6 PAIM, J. S. La salud colectiva y los desafios de la práctica. In: OPS. *La crisis de la salud pública*: reflexiones para el debate. Washington, DC, 1992. p.151-67.

7 ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1998.

8 OPS. *Enseñanza de la medicina preventiva y social*: 20 años de experiencia latino-americana. Washington, 1976. 63p. (Publicación Científica, 324).

9 DONNANGELO, M. C. F. *Saúde & Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976. p.124

10 PAIM, J. S. Desenvolvimento teórico-conceitual do ensino em Saúde Coletiva. In: NUTES/CLATES/ABRASCO. *Ensino de Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil*. Rio de Janeiro, 1982. p.5-19.

suas repercussões na constituição do movimento sanitário, na proposta de criação do Sistema Único de Saúde apresentada em 1979 na Câmara dos Deputados, bem como no projeto da Reforma Sanitária Brasileira, discutido durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde, e na elaboração do capítulo Saúde da Constituição de 1988.[11] Nessa História, a obra e o seu autor estavam, dialeticamente, juntos. E outros sujeitos, saberes e práticas agregaram-se e se articularam no triedro da Saúde Coletiva: conhecimento, consciência sanitária e organização do movimento sanitário.[12]

Assim, a consciência crítica historicamente construída a partir do *dilema preventivista* sugeria que este assentava-se em raízes mais profundas do que nas crenças de docentes e atitudes de estudantes, médicos e trabalhadores de saúde. Os impasses na concretização do seu discurso em instituições e práticas de saúde relacionavam-se com a organização social dos serviços de saúde, com a realização do capital nas suas mercadorias e serviços e com a estrutura social que atribui distintos valores de uso e de troca à vida humana.[13]

As investigações realizadas na Academia, considerando as articulações entre saúde e sociedade nos últimos trinta anos, permitiram o aprofundamento da reflexão sobre práticas de saúde e a identificação de alternativas de verdadeiras mudanças. Deram substância à "potencialidade de um movimento ideológico tornar-se uma prática política e um campo de produção de conhecimentos científicos (prática teórica)".[14] Esses processos ocorreram no bojo das lutas contra a ditadura e da organização da classe operária no ABC. Assim, as iniciativas de articulação da produção acadêmica com os movimentos sociais presentes naquela conjuntura possibilitaram que as propostas de democratização da saúde passassem a redefinir, dinamicamente, as perspectivas da medicina preventiva e social,

---

11 PAIM, J. S. Bases conceituais da Reforma Sanitária Brasileira. In: FLEURY, S. (Org.) *Saúde e democracia – A luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p.11-24. PAIM, J. S. *Saúde, política e reforma sanitária*. Salvador: CEPS-ISC, 2002. 447p.

12 TEIXEIRA, S. F. O dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. de S. *Reforma Sanitária – Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec, Cebes, 1988. p.195-207.

13 AROUCA, S. Introdução à crítica do setor saúde. *Nêmeses*, v.1, n.17-24, 1975b.

14 PAIM, J. S. Medicina Preventiva e Social no Brasil: modelos, crises e perspectivas. *Saúde em Debate*, v.11, n.57-59, 1981.

como Saúde Coletiva, assentadas na ampliação das conquistas democráticas e na busca de um novo projeto de sociedade para o Brasil.

Se a década perdida de 1980 e a década desperdiçada de 1990 criaram obstáculos para tal projeto, não impediram, porém, a constituição da Saúde Coletiva como âmbito de práticas (técnica, política, ideológica e cultural) e campo científico, aberto a novos paradigmas.[15] A tese de Arouca, quase como um texto clássico para o nosso campo, permanece incrivelmente atual instigando a todos que se preocupam com a educação dos trabalhadores de saúde e se comprometem com mudanças no ensino, nas práticas de saúde, no Estado e na sociedade.

Desse modo, o autor e a sua obra inundaram de dignidade a Saúde Pública no Brasil. Ajudaram a conceber e construir a Saúde Coletiva e, sem nenhum favor, os historiadores do futuro poderão analisar o campo em pelo menos dois períodos: antes e depois de Sérgio Arouca. E a Saúde Coletiva que nasce e cresce no Brasil, a partir dos desafios lançados por este sanitarista, encontra-se no presente século em condições de maturidade teórica, epistemológica, política, científica e técnica para, talvez, sonhar os seus sonhos e ousar novas ousadias.

---

15 PAIM, J. S., ALMEIDA FILHO, N. *A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2000. 125p.

Capítulo IV
Os conceitos básicos

O conceito de saúde/doença

Segundo Canguilhem (1971), o pensamento médico tem oscilado entre duas formas otimistas de representar a enfermidade: a primeira, que concebe a enfermidade entrando e saindo do homem, correspondendo a uma visão *ontológica* do mal; e a segunda, uma concepção *dinâmica*, que se baseia em um equilíbrio de forças, de um esforço para um novo equilíbrio. O ponto em comum seria a consideração de que, em ambos os casos, existe uma luta por parte do organismo seja com um agente externo seja uma luta interna de forças.

Analisando o trabalho de Entralgo (1950) sobre a evolução histórica do conceito de doença, verificamos que correspondem ao campo da visão ontológica:

- as principais interpretações no período pré-científico, como a perda da alma do paciente, como a penetração mágica de um objeto ou a possessão por maus espíritos;
- o ontologismo Nosológico de Paracelso, Van Holmut e John, no século XV, que acreditavam na existência de um parasita invisível dentro do organismo;
- o reativismo de Sydenhan no século XVII, interpretando a doença como o esforço do organismo para libertar-se da "matéria mórbida";

- a teoria Microbiana de Pasteur, Koch e Klebs do século XIX. Correspondendo à visão dinâmica:
- A Medicina grega, desde o conceito de Alcmenon de Croton há 500 anos a. C., que considerava ser a doença uma desordem da "*physis*" do homem afetado, que correspondia a uma qualidade sobre a sua antagônica que influenciou a medicina hipocrática, também baseada no equilíbrio, até a galênica, que definia a doença como uma predisposição natural do corpo.
- A Teoria Celular de Morgagni, Bichat, Laennec, Rokitansky e Charcot, que acreditavam estar a essência da doença no padecimento celular.
- A patologia constitucional de Pende e Viola, valorizando a constituição natural dos indivíduos, para explicar as diferentes enfermidades.

Canguilhem (1971) afirma que "*sans les concepts de normal et pathologique la pensée et l'activité du medicine sont incompréhensibles*", porém a realidade é que o desenvolvimento da medicina contemporânea se faz sem a explicitação de um conceito de doença ou de patologia, conceituando cada doença em sua especificidade. Da mesma maneira, essa problemática esteve ausente da educação médica até o aparecimento do discurso preventivista.

O médico, em sua prática quotidiana, necessita de um conceito para cada enfermidade, que lhe permita *nomeá-la* em um diagnóstico que orientará a terapêutica, de forma tal que "*Diagnostic labels are ways of indicating categories of information about our patient*" (Engel, 1960), considerando, porém, que "*this is not an end in itself but is the physician's way of indicating those aspects of the patient's illness which he knows and is able to identify according to experience and convention*".

Portanto, o espaço em que habitam os conceitos de saúde e doença, normal e patológico, não é o espaço da prática médica, mas sim o da ciência médica e de uma epistemologia da medicina. Trata-se de perguntar por que tipo de necessidade discursiva esses conceitos aparecem no pós-guerra com a definição da Organização Mundial de Saúde e ocupam um ponto central no discurso preventivista.

Em Leavell & Clarck (1965), assume-se o conceito de saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), e o de Perkins, que, segundo os autores, seria mais dinâmico: "*Health is a state of relative equilibrium of body form and function which results from its successful dynamic adjustament to forces tending*

disturb it. It is not passive interplay between body substance and forces impinging upon it but an active response of body forces working toward readjustment". Para concluírem que saúde é um estado relativo, que precisa ser pensado sobre uma escala de graduação como a doença. A doença é vista como um processo que depende das características do agente, do homem, e da resposta desse homem aos estímulos produzidos pela doença no seu ambiente externo ou interno.

Desta forma, saúde é um *estado* relativo e dinâmico de equilíbrio, e doença é um processo de interação do homem ante os estímulos patogênicos.

O problema de gradação aparece desenvolvido em Wylie (1970), em uma escala que se assemelha a um termômetro, em que o nível superior é aberto e o inferior é o zero absoluto. Assim, teríamos que a sanidade pode ascender continuamente e o ponto zero é a morte, existindo várias gradações intermediárias. Anderson (1965) faz a mesma analogia com o espectro luminoso.

Chaves (1972) desenvolve as idéias acima em uma aplicação da Teoria dos Sistemas à Saúde, combinando a escala de Wylie com um biograma em que a vida se desenvolve em torno de um "*steady state*", como se fosse uma trajetória vital. Diante de um certo ambiente, o homem teria uma *performance* e cada doença, como processo, representa um desvio do *steady state*. O autor equipara o organismo humano a uma máquina, cujo funcionamento poderia ser apreendido pelo seu perfil (que é o estado de seus vários sistemas em um momento dado), pelo biograma e pelo gradiente.

San Martin (1968) assume saúde e doença como fenômenos ecológicos em que "*el concepto de salud involucra ideas de balance y adaptación; el de enfermedad desequilíbrio o desadaptación*" e "*Existe entre ambos estados una latitud mucho mayor, limitada en un extremo por la variación que lhamamos enfermedad y en el outro por la adaptabilidad que llamamos salud*".

O conceito ecológico de saúde e da doença, que aparece nos primeiros documentos da Medicina Preventiva, marca todo seu discurso e incorpora-se sempre aos objetivos educacionais. Vejamos então quais as características (ou a estrutura) desses conceitos:

1ª tese: A reunião da concepção ontológica e dinâmica da doença.

A concepção ontológica é assumida através da estrutura epidemiológica

das doenças, desenvolvida para as moléstias infecciosas, que colocam a sua determinação na interação entre Agentes-Hóspedes-Ambiente. Foi redefinido o conceito do agente para que pudesse abranger outros fatores que não os essencialmente biológicos:

> *A disease agent is defined as an element, a substance, or a force, either animate or inanimate, the presence or absence of which may, following effective contact with a susceptible host under proper environmental conditions, serve as a stimulus to iniciate or perpetuate a disease process.* (Leavell & Clarck, 1965)

Porém, a concepção ontológica repousa sobre uma concepção dinâmica, em que as forças em equilíbrio são representadas como se fossem uma balança em que o fiel é o meio ambiente (Físico, Biológico, Econômico e Social). Os desequilíbrios podem ser tanto no sentido dos hóspedes vencendo os estímulos, como no sentido dos agentes provocando as doenças.

Assim, a determinação é simultaneamente ontológica, quando coloca os agentes como externos ao homem, e é dinâmica, quando coloca a relação em um equilíbrio de forças.

Mas o predomínio da concepção dinâmica ocorre na medida em que se assume a doença como um processo que segue uma história natural, desdobrando-se em fases discerníveis, que se sucedem no tempo em que a causalidade da sucessão continua, na interação entre estímulo e resposta, no interior do Hóspede.

2ª tese: O conceito ecológico é duplamente otimista.

Canguilhem (1971) considera que as duas concepções representam uma forma de otimismo, dado que é possível eliminar o agente ou reestabelecer o equilíbrio, em proveito do Hospedeiro. A Medicina Preventiva, com a concepção ecológica, desdobra o espaço do otimismo, que sempre é possível eliminar e (ou) equilibrar.

Portanto, aceitar o conceito ecológico de saúde e doença é, por um lado, aumentar o campo de responsabilidades do médico, ampliar o espaço das determinações, retirando a segurança da unicausalidade, mas, por outro, é aumentar as probabilidades de êxito, é desenvolver, diante do mundo das doenças, uma atitude otimista.

3ª tese: O espaço entre a saúde e a doença é um contínuo.

Na Medicina Preventiva, a continuidade assume também duas dimen-

sões. A primeira é a continuidade fisiopatológica qualitativa, através da sucessão das formas patológicas: de como, no interior dos tecidos e dos órgãos, produzem-se as transformações patogênicas, determinando áreas de transição ou de "*border-line*" em que se superpõem o normal e o patológico.

Essa continuidade qualitativa determina que a Medicina Preventiva possa especificar zonas de "*gaps*" do conhecimento, ou seja, áreas abertas entre dois estados, sobre as quais o conhecimento nada diz, mas é possível afirmar-se a existência de um estado intermediário que deva ser estudado.

Tal idéia esquematiza-se em duas representações: o *iceberg* clínico (Reiderman, 1966), em que o conjunto das doenças configura-se em um corpo sólido, onde parte aflora das águas e parte está imersa. Esse *iceberg* é "mirado" pela medicina, que só pode observar parte de sua figura. Da mesma maneira, o período patogênico da História Natural das Doenças é dividido por uma linha denominada "horizonte clínico".

A segunda forma de continuidade provém da fisiologia, estabelecendo, através da estatística, os chamados padrões de normalidade, portanto, assumindo que a saúde e a doença se dispõem em um contínuo, cujo ponto de separação seria estatisticamente determinado.

Em síntese, o espaço entre o estado de saúde e o da doença é um espaço contínuo, que abriga simultaneamente a continuidade quantitativa dos valores biológicos, com a continuidade qualitativa dos estados fisiopatológicos.

4ª tese: Os estados de saúde e doença são simultaneamente idênticos e diversos.

A concepção preventivista oscila na dualidade. Assim, afirma a não-identidade dos dois estados e a necessidade de estudar-se o estado de saúde, visto que até agora a preocupação foi estudar a doença. Nesse sentido, há dois objetos distintos e quantitativamente diferentes, em que um foi tratado positivamente pela ciência (a doença) e o outro, negativamente, ou seja, pela ausência do primeiro. Uma das tarefas atuais é a transformação da saúde em um objeto positivo de investigação.

No mesmo sentido de afirmar a não-identidade entre os dois estados, a História Natural coloca-os em espaços separados, diferenciando também o enfoque em cada um. Para a saúde, uma abordagem ontológica-dinâmica, para a doença, uma concepção dinâmica.

Torna-se interessante, neste ponto, recordar uma semelhança de abordagem entre o esquema de Loawel & Clarck e a análise de Canguilhen (1971), que afirma:

Diremos que el hombre sano no llega a ser enfermo en cuanto hombre sano. Ningún hombre sano llega a ser enfermo, porque sólo es enfermo en la medida en que su salud lo abandona, y en esse caso ya no es sano ... La amenaza de la enfermedad es uno de los constituyntes de la salud.

Assim, o homem com saúde, na História Natural, encontra-se no período pré-patogênico, mas em constante ameaça de transformar-se em doente, quando já não é mais sadio. A linha vertical do modelo separa duas qualidades irredutíveis.

Por outro lado, a Medicina Preventiva, ao assumir os valores biológicos da fisiologia e operacioná-los em exames de massa, na Clínica Preventiva, aceita que saúde e doença são estados idênticos, que se diferenciam na quantidade. Nessa linha, propõe a determinação de parâmetros de normalidade para valores biológicos, nas populações que servissem de padrões para diferenciar os estados normais dos patológicos.

Enfrentando a dicotomia, refere-se Tobar Acosta (1972), após longo estudo:

1 Dada a complexidade e o número de variáveis envolvidas no assunto, não nos foi possível encontrar definição clara e precisa sobre saúde. Conseqüentemente, tivemos que optar por uma conceituação operacional e pragmática. Através da ausência da doença, cogitamos na possível existência de saúde.

2 Quanto à doença, não encontramos na literatura uniformidade de conceituação. Os parâmetros geralmente utilizados para o seu reconhecimento carecem de padronização. Para defini-la, adotamos o critério da sua manifestação, avaliada através de parâmetros propostos por organismos internacionais.

3 Em decorrência destes fatos, o diagnóstico de doença e, especialmente, o de saúde possuem acentuado grau de relatividade, o que dificulta, em muito, a comparação de resultados das casuísticas de morbidade.

As conclusões do autor caracterizam a quarta tese. Inicialmente afirma a diferença entre os dois estados para, logo em seguida, afirmar a presença da saúde pela ausência da doença, dada a impossibilidade instrumental e conceitual de trabalhar sobre a saúde em si. E no campo das doenças defronta-se com a ausência de padronização.

Na evolução do conhecimento científico, a saúde foi um conceito ausente ou negativo na sua dimensão "em si", e as doenças foram definidas na sua singularidade particular, em relação a um tipo de sofrer, definição que, transformada em um nome, organizava ao seu redor o conhecimento existente sobre os fenômenos relativos a aquele sofrer.

A Medicina Preventiva, na sua tarefa de síntese e totalizadora, reúne este conhecer e desconhecer em um mesmo espaço, sob o conceito ecológico de doença, que não se operacionaliza atualmente na produção de conhecimentos, dado que sua função mediata é reorganizar esse conhecimento para uma transformação da sua prática.

5ª tese: O conceito ecológico reúne a medicina das doenças e a medicina das epidemias.

O conceito ecológico reúne o espaço tridimensional da concepções das doenças com o espaço social da distribuição delas. O individual e o coletivo, a clínica e a epidemiologia fazem o seu encontro na História Natural.

Se a clínica esgotava-se na relação médico-paciente e a epidemiologia abria o espaço de uma visão política e descobria o objeto do homem saudável, é nessa composição que a Medicina Preventiva estrutura o seu conceito de saúde/doença.

Sistematizando o jogo de espacializações, realizado pela Medicina Preventiva teremos:

1°) *Espacialização primária*: através da articulação das concepções ontológicas e dinâmicas da doença em uma totalidade, que pressupõe o encontro da medicina individual com uma medicina coletiva, em uma verdadeira dialética do universal e do particular.

2°) *Espacialização secundária*: em que, dada a doença como estado e como processo determinado por uma multicausalidade, a mirada e a prática médica devem espalhar-se pelo social, sendo essa relação ampliada o que permite a compreensão da saúde e da doença como fenômenos ecológicos.

3°) *Espacialização terciária*: tendo a doença uma "natureza ecológica", ela representa em cada ponto do espaço social um risco à saúde, e, sendo processo, o seu desenvolvimento ultrapassa o episódio do atendimento institucional.

Assim, no conjunto do discurso preventivista, o conceito de saúde/doença, em suas características básicas e no jogo da sua espacialização, leva à definição da essência de sua prática:

1º) O atendimento hospitalar e o de consultório representam apenas alguns dos pontos onde se pode impedir a evolução da doença como processo, e, por certo, os piores lugares para prevenir a sua gênese. Prega-se, portanto, uma medicina que seja familiar, comunitária e também hospitalar. Propõe-se, pois, o reencontro da medicina com a gênese e evolução da doença no espaço social, medicina que se liberta do hospital, mantendo-se presa a ele.

2º) A difusão da medicina no espaço social leva a uma ampliação da clientela, que passa teoricamente a ser todo e qualquer indivíduo, em todos os momentos de sua vida; portanto, propõe-se o reencontro da medicina com a vida em sua totalidade, libertando-se do episódio, porém mantendo-se presa a ele.

3º) No encontro da Clínica com a Epidemiologia, a Medicina Preventiva propõe o encontro dos indivíduos com os grupos e com a sociedade, em uma experiência pacífica entre o político e o existencial.

A história natural das doenças

A Medicina Preventiva faz uma leitura do conhecimento médico em que *"the central core ... is an appreciation of the natural history of man and natural history of disease"* (Colorado Spring, 1953b), que possa ser recortado pelos níveis da prevenção, dando uma conotação elizabeteana ao prevenir que signifique *"come before"*.

Quais são as regras dessa prática discursiva que faz renascer no interior do discurso médico a História Natural, como uma das ciências da ordem, fazendo que elementos da episteme clássica incidam sobre a medicina contemporânea?

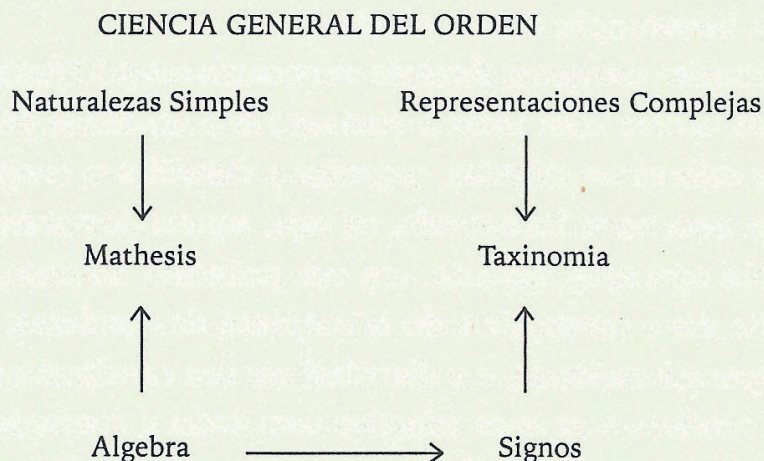
O espaço problemático que se oferece à Medicina Preventiva é o desdobramento do conhecimento em áreas, especialidades, disciplinas e subdisciplinas, conhecimento que, livre da classificação, vive um desdobrar contínuo em sua própria historicidade. Assim, a tarefa que se impõe a esta nova leitura é de uma reorganização, ou seja, do estabelecimento de uma

ordem que simultaneamente organiza o fenômeno e o seu conhecimento em uma estrutura.

Trata-se, portanto, de uma leitura que instaure a ordem, promovendo a distribuição dos signos dentro de um modelo, e a redistribuição do conhecimento médico segundo novas categorias, como comunidade, ambiente, agentes e hospedeiros etc.

A episteme clássica, segundo Foucault, é representada por um sistema articulado de uma *mathesis*, uma *taxonomia* e uma análise genética. Esse sistema mantém uma relação básica com um conhecimento da ordem das coisas, de tal forma que a "*mathesis*" é a forma de ordenar as naturezas simples e cujo método é a álgebra. A taxonomia é a ordenação das naturezas complexas e cujo método é instaurar um sistema de signos.

A *mathesis* relaciona-se com a taxonomia na medida em que a primeira não é senão um caso particular da segunda, dado que é um caso particular da representação em geral. Ao inverso, na medida em que as representações empíricas devem ser relacionadas com as naturezas simples, a taxonomia relaciona-se diretamente com a *mathesis*, sendo que no interior desse espaço teríamos uma gênese, como análise da constituição das ordens.

Assim teríamos, segundo o autor:

Nessa região de relações da episteme clássica é que encontramos a História Natural como "*ciencia de los caracteres que articulan la continuidad de la naturaleza y sua enmarañamiento*".

A História Natural opera através de dois conceitos básicos, o de *estrutura*, que *"es esta designación de lo visible que, por una especie de prelinguística triple, le permite transcribirse en el lenguage"*, ou seja, *"un espacio de variables visible simultáneos concomitantes, sin relación interna de subordinación o de organización"*, e o conceito de caráter, que identifica a singularidade, a particularidade do ser e simultaneamente a sua generalidade, assim *"La Historia Natural debe asegurar, de un solo golpe, una designación cierta y una derivación determinada"*.

A História Natural, como uma ciência da ordem, através da estrutura, articula todas as variáveis que podem atribuir-se a um ser e, pelo caráter, marca este ser e o situa em um campo de generalidades, de tal forma que, ao designar-se este ser pelo seu nome, este nome conduza a todo o campo de conhecimentos sobre este ser.

Essa forma de pensar a Natureza, em que ela se torna Histórica, é pensar a História como sendo natural, pertence à mesma episteme em que se desenvolveu o mecanismo cartesiano e foi substituída pela instauração da vida como objeto do conhecimento, libertando-se das rédeas classificatórias, com o surgimento da Biologia.

A Medicina Preventiva toma a História Natural em toda a sua dimensão e faz que ela opere a reorganização do conhecimento médico. Assim, trata-se inicialmente de definir uma estrutura. A primeira estrutura organiza a História Natural das Doenças em uma totalidade que compreenda simultaneamente a presença e a ausência da doença. Totalidade que se articula com as fases e níveis de prevenção, ou seja, o natural justapondo-se ao técnico, o encontro de uma História que se faz natural com a racionalidade da intervenção e do controle.

A primeira estrutura, fazendo o encontro entre a História Natural como ciência da ordem com todo o conjunto das condutas possíveis advindas das mais diferentes ciências, organiza e classifica o conjunto dessas condutas em uma nova Taxonomia, ou seja, aquela dos níveis de prevenção.

Dupla operação, quando, em um primeiro instante, cria um espaço para onde deve convergir todo o conjunto de condutas, todo o conhecimento operacionalizado, e o distribui em um contínuo que define o lugar de cada conduta e as suas relações com todo o conjunto. Num segundo instante, essas condutas olham para o processo de determinação e evolução das doenças que especifica essas condutas diante do valor de uso de-

las, definido pelo seu posicionamento diante do evento que elas deverão preceder ou intervir.

Portanto, a primeira estrutura, uma Taxonomia da Prática, fazendo que a medicina seja absorvida pela prevenção, abre o espaço para duas novas estruturas: a das relações e a do processo mórbido.

Porém, devemos considerar que essa estrutura rompe com a rede de relações entre os seres, criada pela História Natural, e entra no espaço da geometrização, da representação estrutural.

Conforme Bachelard (1972), o trajeto da evolução do pensamento científico se faz segundo uma espécie de lei dos três estados, em que o primeiro seria o *concreto* que se apoiaria sobre as primeiras imagens do fenômeno; o segundo seria o *concreto-abstrato*, que acrescentaria à experiência esquemas geométricos representados por uma intuição simples; o terceiro, o *estado-abstrato*, em que o espírito científico se liberta das intuições simples, polemizando com a realidade básica para "*trabajar debajo del espacio, por así decir, en el nivel do relaciones esenciales que sostienen los fenómenos y el espacio*".

A História Natural das Doenças, em sua geometrização, está baseada em um esquema cartesiano em que no eixo da abscissa temos o tempo e a ordenada divide dois espaços, segundo a presença ou não da enfermidade. Ao tempo está associada uma dimensão histórica, ou seja, não é uma simples cronologia em que estivéssemos interessados em medidas de duração dos fenômenos, mas é, sim, a história do processo saúde/doença em sua regularidade. Assim, o sistema das ordenadas da História Natural ganha uma dimensão basicamente qualitativa e a divide em dois momentos.

O primeiro momento cabe num espaço de tempo qualquer que se acha na ruptura de equilíbrio do hospedeiro, submetido a fatores determinantes de enfermidades, e envolvido pela capa misteriosa do ambiente. O aparecimento das doenças está determinado, nesse primeiro momento, pela relação estabelecida entre os três elementos: o homem, o ambiente e os fatores determinantes das doenças. Essas relações são entendidas pelos autores dentro de um enfoque nitidamente mecanicista, onde os homens e os agentes são vistos como os pratos de uma balança e o ambiente como fiel desta, interferindo em que sentido a balança se inclinará.

O ambiente é considerado como uma combinação homogênea entre os níveis físico-químico, biológico e social, que jogariam um idêntico papel na determinação mecânica do equilíbrio.

O segundo momento define a evolução do processo saúde/doença já visto no espaço interior do indivíduo, ou seja, em termos de sua fisiologia interna, em que esse processo é acompanhado em sua regularidade, para um ponto de resolução: a cura, o óbito ou outro estado intermediário.

Estudando o primeiro momento, verificamos a construção de uma segunda estrutura, que é importada diretamente da epidemiologia, ao estabelecer as relações entre as características (variáveis) de três elementos – Agentes, Hóspedes e Ambiente.

Cada um desses elementos é determinado por um conjunto de características que lhe são atribuídas, como em relação à História Natural da sífilis adquirida (Leavell & Clarck, 1965):

- Fatores do Agente – características biológicas, pré-requisitos de unidade, baixa resistência;
- Fatores do Ambiente – geografia, clima, instabilidade familiar, baixo ingresso, moradia, facilidades inadequadas de recreação, facilidades diagnósticas;
- Fatores do Hóspede – idade, sexo, raça, desenvolvimento da personalidade, ética e educação sexual, promiscuidade, profilaxia.

Assim, o *caráter* dos elementos dessa estrutura é o conjunto daquelas variáveis que influenciam no equilíbrio mantido entre esses elementos.

Essa estrutura torna possível a emergência de novas Taxonomias, como a sugerida por Stallones (1971), a classificação epidemiológica segundo a forma de transmissão (Macmahon et al., 1965); a classificação segundo os danos (Ahumada, 1965), utilizadas em programação de saúde, ou a sugerida por Payne (1965).

Ao estabelecer essas relações, em uma concepção ecológica do processo saúde/doença, a História Natural da Doença abre também a possibilidade de implantar esse conjunto complexo e instaurar uma nova distribuição de signos simples levando à possibilidade de uma *mathesis*, ou seja, de uma análise algébrica que leve às formalizações matemáticas.

Portanto, em um primeiro nível, essa estrutura permite uma Taxonomia e uma "*mathesis*", às quais se acrescenta uma análise genética, ou seja, o estudo de como se procede o desequilíbrio que, em última análise, implica uma teoria da causalidade.

A idéia de causalidade em Medicina, não considerando sua fase pré-científica, vai aparecer na Medicina das Espécies associada ao conceito de analogia, que valia simultaneamente com uma lei de produção dos fenômenos e a Medicina das Epidemias, onde cada epidemia possuía uma individualidade própria não reproduzível que era associada a um lugar geográfico determinado e a um tempo.

O aparecimento da clínica e da anatomia patológica provoca o encontro do corpo das doenças com o corpo dos homens, após o que se passa a discutir a causa dessas enfermidades a partir da Toxicologia e das doenças contagiosas.

A Toxicologia desenvolvida no século XX com os trabalhos de Orfila & Schmiedeberg e, principalmente, Frankel, que, descrevendo a história clínica de um camareiro que tentou suicidar-se com ácido oxálico, assinalou:

1°) a relação entre a sintomatologia descrita e a ingestão do ácido;
2°) a especificidade desta sintomatologia;
3°) o mecanismo patogênico da intoxicação.

A idéia de determinação de doenças por microrganismos também é produto do século XIX, com Pasteur, Koch e Klebs, que culminaram com o desenvolvimento de uma relação unicausal na determinação das doenças em que o agente x determina (ou é a causa) da doença y.

Assim refere-se Koch (1972):

> *cuando se pudo demonstrar, primero, que el parásito es detectable en cada uno de los casos de la respectiva enfermedad, y en circunstancias tales que corresponden a las alteraciones patológicas y al curso clínico de la enfermedad; segundo que nunca aparece en ninguna outra enfermedad como parásito casual o avirulento; y tercero, que es posible aislarlo perfectamente del organismo, y que, a menudo, después de propagado durante mucho tiempo en forma de cultivo puro, puede provocar nuevamente la enfermedad; entoces no pudo ser considerado más que como un accidente fortuito de la enfermedad ni tampoco pensarse, en estos casos, en ninguna outra relación entre el parásito y enfermedad, sino que el primero era la causa de la última.*

Entralgo (1950) considera que a orientação intelectual dos estudos etiológicos do século XIX foi baseada nos quatro famosos métodos da etiologia positivista de John Stuart Mill, tal como foram os postulados de

Koch. Da mesma maneira, Canguilhem (1971) demonstra a influência de Augusto Comte nas Teorias de Medicina Experimental de Claude Bernard (1965), que utilizava o termo determinismo, identificando-o como causação, afirmando que a medicina empírica deveria ser substituída por uma medicina baseada em certezas *"a la cual llame medicina experimental porque se funda en el determinismo experimental de la causa de la enfermedad"*.

Dessa maneira, a noção de causa em medicina no século XIX estava nitidamente influenciada por uma ética positivista e dentro de uma visão unicausalista da determinação, se bem que os estudos da chamada Medicina Social do século XIX já apontavam para a multicausalidade, como os estudos de Chadwick sobre *The Sanitary Conditions of the Laboring Population of Great Britain*, em 1842.

Segundo Cid (1972), a Medicina atual contempla o problema da etiologia conforme conceitos básicos. O primeiro é da multiplicidade dos fatores causais, adquirindo a forma de multicausalidade em Epidemiologia (ou rede de fatores causais) ou de constituição etiológica nos tratados de Patologia; e o segundo é a variedade dos fenômenos de reação diante dos distintos agentes etiológicos.

A Medicina Preventiva assume, dentro da História Natural das Doenças, duas dimensões de causalidade: a epidemiológica enquanto determinação do aparecimento das doenças, e o critério fisiopatológico enquanto evolução destas.

A epidemiologia assume, como conceito de causa, a noção de associação, assim *"se puede definir una asociación causal como la existente entre dos categorias de eventos, en la cual se observa un cambio de la frecuencia o en la cualidad de uno que segue a la alteración del outro"* (Macmahon, et al., 1965).

Dessa maneira, a primeira grande divisão entre as associações é realizada pela estatística, que discrimina os associados e não associados estatisticamente. Em seguida, os fatores associados compõem-se em uma rede de causalidade que *"en su complejidad y ayen queda más allá de nuestra comprensión"*, porém que possibilita a orientação para uma prática de prevenção. Em seus últimos desenvolvimentos, a multicausalidade caminha para a construção de modelos causais ou modelos ecológicos que trabalham na determinação das infinitas relações entre as possíveis variáveis dos agentes, hóspedes e ambiente (Susser, 1973).

Portanto, a noção de causa em Epidemiologia distribui os caracteres dos elementos em um espaço plano de identidade de essências, ou seja, iguala-se o estado econômico do paciente com o soro que permanece nas

seringas, com a higiene deficiente, com as características biológicas do vírus da hepatite, com o conhecimento terapêutico etc. Diferentes variáveis encontram a sua pertinência à estrutura através dos testes estatísticos e abrem um espaço infinito para novas associações.

A atual discussão sobre a teoria da causalidade começou com a crítica da escola céptica e empirista, que afirmava ser a categoria causal puramente gnosiológica, dependendo, portanto, de nossa experiência e conhecimento das coisas, e não das coisas mesmas.

Esse tipo de concepção foi afirmado por Locke, Berkeley, Hume e Kant, sendo que os três últimos afirmavam ser a causação somente uma relação que vincula experiências e não fatos.

Bünge (1965), analisando o princípio da causalidade na ciência moderna, coloca um espectro das categorias de determinação que, no mínimo, incluíram oito tipos: a autodeterminação quantitativa, determinação causal, interação, determinação mecânica, estatística, estrutural, teleológica e dialética.

Discutindo especificamente a idéia de causação múltipla, o autor considera que, quando o conjunto de determinantes é suficientemente complexo, essa causação torna-se determinação estatística; e ao assumir a forma de redes causais (ou redes de determinação), ela assume a linearidade que restringe a sua validez, mas oferece um paraíso de simplificação, sendo "*un tosco modelo del devenir real*", afastando as possibilidades das descontinuidades qualitativas.

O mecanismo pelo qual opera o conceito de causalidade na Epidemiologia e conseqüentemente na Medicina Preventiva é o do *reducionismo*, na medida em que assume as redes de causalidade em sua monótona linearidade e na homogeneidade das categorias. Assim, a Medicina Preventiva liberta-se do unicausalismo para prender-se nas redes de causalidade.

Ao negar as diferentes formas de causação e suas relações múltiplas, a Medicina Preventiva transforma a Multicausalidade em uma nova forma de monismo causal, ou seja, aquele das redes de causalidade.

No período pré-patogênico, devemos ainda analisar como se articulam os fenômenos sociais, ou seja, qual o lugar dentro dessa estrutura assinalado ao social e que tipo de visão do mundo implica essa destinação.

No modelo original de Leawell & Clarck, o social participa simultaneamente como fator causal, ligado ao Hóspede e ao meio ambiente, funcionando em ambos como um conjunto de caracteres ligados aos indivíduos, como *status* econômico e social, atitudes em relação ao sexo etc., e institui-

ções e estruturas sociais bem características de determinados agrupamentos, como família, comunidade etc.

As críticas ao posicionamento do social nesse modelo levou a que se introduzissem modificações como as de Nunes (1970); Arouca (1970); Garcia (1971), que envolvem todo o paradigma pelo Contexto Social, Econômico e Cultural. Porém, na realidade, o que temos é uma nomeação do social, já que ele não aparece como um mecanismo explicativo, mas sim é simplesmente referido, ou como um caráter dos indivíduos ou como um envoltório do modelo.

Tal mecanismo de afirmação-negação do social entra no que poderíamos denominar, com Barthes (1972), de mitificação do social, ou seja, o mecanismo pelo qual, no nível do discurso, transforma-se o social em mito, entendendo-se como mito um sistema de comunicação que produz uma deformação no sentido dos conceitos, alienando-os e despolitizando-os.

Assim, por exemplo, população e comunidade utilizadas como mito servem para neutralizar o conceito de classes, de interesses conflitivos, ou seja, estão "encarregadas de despolitizar a pluralidade dos grupos e das minorias, empurrando-os para uma coleção neutra, passiva".

Da mesma maneira funciona o "contexto econômico e social", como um mito, na medida em que se refere a eles sem colocá-los em um conjunto hierarquizado de determinações; ao igualá-los às categorias químicas, físicas e biológicas e fundamentalmente ao não explicar o mecanismo de sua operação, estamos retirando o seu conteúdo.

Porém, não é somente na mitificação do social que o modelo da História Natural se esgota, já que a própria Medicina Preventiva, em sua emergência conceitual, surge como um mito através da adjetivação, que procura dar uma nova vida ao substantivo desgastado (a Medicina).

Assim, o adjetivo (Barthes, 1972) "pretende retirar do substantivo as suas decepções passadas, apresentá-lo como novo, inocente, persuasivo ... o adjetivo confere ao discurso um valor futuro", tremendo desgaste da medicina que já produziu a medicina preventiva, integral, compreensiva, construtiva e de comunidade.

O segundo ponto fundamental da participação do social é a *desteorização*, resultado do mesmo mecanismo que produz a analogia entre as diferentes categorias causais, equivalendo agora às diferentes ciências. O social não guarda na História Natural relações diretas com a Teoria à qual ele está articulado, uma vez que, como para as demais ciências, ela contribui com

atributos aos elementos e não como explicação. O que está encoberto nessa relação é a convivência conflitiva entre as diferentes teorias do social e suas diferentes abordagens e conclusões, dado que, por exemplo, não existe identidade entre categorizar indivíduos segundo sua renda, escolaridade, profissão etc., afirmar uma estratificação social, por um lado, e, por outro, afirmar a sociedade dividida em classes, segundo as posições que os sujeitos ocupam no processo produtivo e a pertinência de indivíduos a essas classes.

Assim, dentro da primeira abordagem, o social é atributo, e assim ele é colocado na História Natural; na segunda, o social é princípio vinculado ao conceito de trabalho (que na primeira aparece como ocupação), de forma tal que a dimensão privilegiada do social é o atributo individual, em detrimento da determinação estrutural e das relações sociais.

O terceiro ponto refere-se às condutas sistematizadas nos níveis de prevenção, visto que elas conduzem a organização social da prática médica, ou seja, a Medicina enquanto instituição social. Por não possuir uma teoria que discuta a articulação da Medicina com a sociedade, e por ser em um primeiro nível um discurso-adjetivo, a História Natural distribui as técnicas e as condutas em um espaço de neutralidade, como se elas tivessem uma equivalência de valor de troca dentro de uma sociedade capitalista.

Portanto, o mecanismo implícito é o estabelecimento de uma *conduta em geral* que neutralize o valor de troca diferencial que esta assume, e que privilegia o seu valor de uso como tendo o sentido da prevenção. Trata-se, portanto, de continuar sobrevoando as coisas e negar a realidade do cuidado médico como mercadoria.

Em último lugar, devemos referir o conceito de *história* envolvido nesse paradigma. Já nos referimos à sua naturalização, trata-se agora de identificar os demais níveis. Assim, o homem é colocado com seus atributos em um ponto; não é o homem como ser histórico em sua relação com a natureza através do trabalho, em que esta passa também a ser histórica, não é o homem constituído pelo conjunto de suas relações sociais, enfim, não é o homem que fala, produz e vive, mas o conjunto de seus atributos que se transformam em fatores de morbidade.

As técnicas (condutas) e os objetivos da Medicina, classificados em níveis de prevenção, ganham uma dimensão a-histórica no espaço da sua neutralidade, são cronológicos no sentido de que possuem um desenvolvimento no tempo, mas não são históricos, pois lhes falta a historicidade.

Assim, ao tornar-se natural, o paradigma deixou de ser histórico e metamorfoseou-se em mito, na medida em que uma das funções do mito é exatamente fazer desaparecer a história do seu objeto; ao tornar-se mito, o que desaparece é a articulação histórica da medicina com a sociedade da qual emergem os diferentes saberes, as taxonomias, as legitimações e as geometrizações desse espaço contraditório da saúde e da doença.

Da Medicina Preventiva à medicina promotora

Roberto Passos Nogueira[1]

O dilema preventivista é uma obra cuja relevância deve ser avaliada não apenas por sua contribuição à formulação de certas bases teóricas e políticas do Movimento Sanitário Brasileiro, mas também por demarcar alguns temas de uma agenda de pesquisa sobre saúde e sociedade que permaneceu muito pouco desenvolvida desde então. Quero referir-me especificamente ao processo de mudança social e das práticas de saúde pelo qual foi possível à medicina preventiva fazer prevalecer universalmente sua visão de mundo individualista e liberal ao transmutar-se em medicina promotora ("*promotive medicine*", em inglês), ou seja, aquela que se concentra na promoção da saúde. Proponho aqui a idéia de que, para melhor entender a medicina promotora de hoje, temos de retomar a análise feita por Arouca dos elementos ideológicos e das forças sociais que deram origem à medicina preventiva. Pretendo, assim, recuperar algumas das categorias interpretativas utilizadas por Arouca a fim de sugerir sua aplicação a uma linha de investigação acerca da medicina promotora.

A medicina preventiva filia-se à higiene na medida em que esta é entendida como a arte de conservar a vida ou, também, como uma ciência que trata da saúde com o propósito de conservá-la e aperfeiçoá-la. Sendo assim, a higiene deve acompanhar cada momento do desenvolvimento do homem, desde seu nascimento à morte, como também deve zelar para a correta realização, em termos de condições sanitárias ideais, de todas as atividades que o homem realiza: o trabalho, a alimentação, a reprodução, o lazer e assim por diante. Segundo Arouca, no século XIX, a higiene emerge

---

1 Pesquisador do IPEA e do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília. Todas as citações literais contidas neste texto referem-se aos capítulos III e IV do livro.

como tal em ligação com "as ideologias liberais que afirmavam as responsabilidades individuais perante a saúde e como um conceito político nos movimentos socialistas da época". Nesse sentido, a higiene é vista como a etapa do desenvolvimento da medicina que favorece sua realização plena porque se dirige não apenas às enfermidades, mas à vida humana no seu todo: "como visão histórica, a Higiene coloca uma história teleológica da medicina, caminhando para a realização de um conceito de saúde positiva, permeando todas as condutas humanas, e que na fase moderna, ela própria, a Higiene, seria o instrumento deste 'telos' participando da formação de uma consciência sanitária". A higiene procura alargar sem limites o objeto da medicina, de modo a ir bem além do tratamento das enfermidades, e abarcar, ao fim e ao cabo, toda a vida do homem sadio; a higiene pretende controlar até mesmo o processo de produção material, em que o homem se converteu num dos fatores produtivos, como trabalhador. Assim como a dietética hipocrática, a higiene que surge no século XIX visa à mudança dos hábitos de vida dos indivíduos, conforme determinadas circunstâncias sociais e ambientais, e adapta seus preceitos e métodos ao tipo de extração social da clientela a que se dirige. Observa Arouca que "a higiene possui normas, recomendações e medidas que, se aplicadas, fariam com que este indivíduo se mantivesse em estado de saúde até a morte natural".

Esta forma de "saber aderente à vida" não é mais do que uma ilusão, denuncia Arouca, porque abstrai a causalidade estrutural das condições de existência na sociedade e, por um somatório de condutas isoladas, prescritas em nome do bem-estar, pretende afetar tudo aquilo que depende no fundo das condições históricas que criam as desigualdades sociais entre os homens. Arouca salienta, com base na leitura de Foucault e outros autores, o contraste entre a abordagem individualista da higiene e a abordagem coletivista da medicina social, tendo esta última se originado na Europa, ao final da primeira metade do século XIX, mais precisamente na Inglaterra e na França, como parte das promessas de movimentos sociais que ambicionavam a transformação revolucionária da sociedade burguesa. Representando o pensamento da então nascente medicina social brasileira, formada nos anos 70 no seio dos departamentos de medicina preventiva das faculdades de medicina, Arouca queria justamente explorar, com agudeza teórica, o contraste entre essas duas correntes do pensamento social dos médicos do século XIX.

A medicina preventiva herda da higiene a preocupação com a preservação da saúde na totalidade das dimensões ontológicas do homem e como responsabilidade social das pessoas, das famílias e da comunidade, mas introduz um viés específico que representa uma nova atitude a ser adotada por todos os médicos diante de seus pacientes. Trata-se da preocupação em evitar a ocorrência de episódios de enfermidade, a atitude preventiva, que só pode ser absorvida e implantada de forma duradoura enquanto uma proficiência profissional adquirida ao longo do período de formação acadêmica do médico. O médico preventivista não é um especialista, mas todo aquele profissional médico que aprendeu, na sua graduação, a atuar de maneira a prevenir a instalação das enfermidades, representando assim um tipo ideal de racionalidade, que torna mais eficientes os gastos realizados no sistema de saúde. Esse intento da medicina preventiva só pode se realizar a contento enquanto resultado de um convencimento educacional do médico, em que este aprende a exercer não somente suas funções curativas, mas assume por inteiro sua responsabilidade quanto a cuidar do paciente e de seus familiares segundo regras higiênicas de conservação da saúde e com a aplicação de medidas que previnam especificamente certas enfermidades físicas e psicossociais. O médico precisa, para tanto, estar apto a entender as causas das enfermidades na forma como estas aparecem em dado ambiente social e biológico, numa totalidade ecológica estruturada. O médico é quem, ao ser responsabilizado pela atitude preventiva, pode propiciar a instalação de melhores relações de vida para seu paciente nessa totalidade ecológica. A escolha do médico como ator privilegiado dessa transformação social revela, segundo sublinha Arouca, uma "posição basicamente antropológica, em que o homem, livre das determinações, instaura novas relações sociais; em que as atitudes educacionalmente formadas transformam as relações sociais, em que estas são determinadas pelos homens e por cada um em particular".

A atuação preventiva do médico deve ter em conta o modelo teórico da História Natural das Doenças elaborado por Leavell & Clarck. Esse modelo descreve um primeiro momento do processo de adoecer, chamado pré-patológico, onde existe um equilíbrio entre três figuras destacadas, o agente, o hospedeiro e o ambiente, de acordo com as características dos fatores que estão a eles associados (por exemplo, virulência do agente, resistência do hospedeiro e condições de moradia do ambiente). O segundo momento é o da instalação da doença, com seu desenrolar fisiopatológico

e clínico, que permite distinguir as fases pré-clínica e clínica, podendo esta última fase culminar na cura, na morte ou num estado intermediário. A atitude preventiva por parte do médico precisa ser algo presente nos dois momentos desse processo e em suas variadas etapas, porque sempre há uma possível situação piorada do estado de saúde do paciente que deve ser evitada no evoluir do processo de saúde-doença. Desse modo, a medicina preventiva atinha-se fortemente ao propósito de influenciar a conduta dos médicos, na esperança de que estes adotassem, na prestação de cuidados a seus pacientes e suas famílias, uma atitude preventivista, ou seja, de evitar metodicamente a doença.

O paradigma da história natural da doença rejeita uma causalidade simples, e assume uma visão de multicausalidade na inter-relação de fatores complexos atuantes na gênese das doenças e em todo seu processo evolutivo. Tais fatores são analisados de acordo com conceitos e dados extraídos da epidemiologia e descritos através das associações estatísticas existentes entre eles. "O mecanismo pelo qual opera a causalidade na Epidemiologia e conseqüentemente na Medicina Preventiva", observa criticamente Arouca, "é o do reducionismo, na medida em que assume as redes de causalidade em sua monótona linearidade e na homogeneidade das categorias". Com a ajuda da epidemiologia e da estatística, na medicina preventiva as relações sociais são tomadas de forma naturalizada e desprovidas de historicidade, mistificadas que são mediante sua nivelação aos demais "fatores" do ambiente, do agente e do hospedeiro: "assim, ao tornar-se natural, o paradigma deixou de ser histórico e metamorfoseou-se em mito, na medida em que uma das funções do mito é exatamente o de fazer desaparecer a história de seu objeto".

Pode-se dizer que nos anos recentes, a medicina preventiva alcançou notável popularidade e sucesso através de uma variante que é a medicina promotora. Seu ponto de atuação privilegiado não é o currículo de formação acadêmica. Ao contrário, a medicina promotora concentra esforços na utilização de uma infra-estrutura universalizada de produção e difusão de conhecimentos científicos que se estabelece como a suprema autoridade sobre o que é bom ou mal para a saúde de cada um e para a própria existência humana, fazendo da noção de risco em saúde o epicentro em torno do qual gravitam as normas de conduta que prescreve. Recolhendo e sistematizando os resultados da incessante investigação epidemiológica em escala internacional, a medicina promotora defende e difunde essas nor-

mas que passam a influenciar decisivamente o que devem ou não fazer as pessoas, sejam estas pacientes da medicina ou simples leitores de jornais ou usuários da internet. Enfim, a medicina promotora busca *promover* novas atitudes perante a saúde de maneira generalizada na sociedade, e não apenas mudar o comportamento do médico. Em certo sentido, essa é uma forma de medicina que dispensa a figura do médico, porque seus objetivos dependem nada mais do que de uma adequada utilização dos canais de comunicação de massa e de alguns meios tecnológicos de educação para a saúde.

Mas, no fundo, a medicina promotora é apenas uma versão cientificamente mais desenvolvida da higiene e mantém a mesma ambição de direcionar a totalidade da existência humana em nome de um valor social único, que é a saúde. Na sua pregação dos "hábitos saudáveis", que resultam de uma responsabilização do indivíduo por cada aspecto de sua vida, a medicina promotora faz valer a mesma normalização educativa que se fazia presente na disciplina clássica da higiene do final do século XIX e começo do século XX, a que Arouca vincula o nascimento da medicina preventiva. A medicina promotora constitui um projeto similar de medicalização da totalidade da existência humana e não só da dimensão da doença; uma medicalização que pode dispensar o médico, pois tem a capacidade de moldar a seus propósitos a cultura cientificista contemporânea, afetando diretamente o modo como as pessoas cuidam de seu corpo e de sua saúde.

Quando Arouca escreveu sua tese, a noção de risco em saúde não havia ainda ganhando todo o vigor e influência que passou a exibir nas duas décadas seguintes, com o desenvolvimento ulterior tanto da medicina preventiva propriamente dita quanto da medicina promotora. As avaliações freqüentes feitas em relação a grupos de risco, a fatores de risco e a comportamentos de risco vieram a ser tornar um dos objetivos da pesquisa epidemiológica, sendo precisadas de maneira mais ou menos sofisticada com base em métodos estatísticos. Embora a caracterização do que seja um risco continue bastante ambígua, conforme notam certas abordagens sociológicas, sendo, inclusive, sujeita a polêmicas entre os especialistas, a avaliação de risco veio a dominar por completo todo o cenário técnico da elaboração de normas e medidas de prevenção de enfermidades e de promoção da saúde. Na medicina preventiva, a categoria de risco é atualmente usada para justificar a aplicação de exames em massa para detecção de câncer de mama, colo de útero e de próstata, e, crescentemente, para ava-

liar predisposições genéticas ao desenvolvimento de certas enfermidades. Por outro lado, nas campanhas de promoção da saúde, risco é entendido de forma simplificada como probabilidade de ocorrência de um evento potencialmente danoso à saúde, aparecendo para sustentar os esforços de modificar a dieta das pessoas, parar de fumar, reduzir o consumo de álcool, eliminar o uso de drogas e incentivar a adoção do sexo seguro.

A pesquisa epidemiológica e seu uso pelos médicos e outros agentes parece criar, diante de condutas caracterizadas como de risco, uma base universal de julgamento moral sobre o comportamento humano. As condutas tidas como moralmente responsáveis são apresentadas como o oposto das condutas de risco. O caso prototípico é o do comportamento sexual correto face ao risco de transmissão de Aids, mas a intenção moralizadora se estende a muitos outros exemplos. Com isso, a noção de risco é empregada em associação constante com a noção de responsabilidade pessoal, de tal modo a gerar, quando generalizada, uma relação não apenas de causalidade, mas uma acepção moral, indicando uma falha de comportamento, que potencialmente culpabiliza ou até mesmo criminaliza as pessoas que se deixam enfermar. É tanta a ênfase dada a cada fator de risco, que a gênese das enfermidades pode perder sua conexão com uma pressuposta rede de fatores causais. De fato, as campanhas de promoção de saúde parecem ser tão mais eficazes quanto mais essa multicausalidade possa ser obscurecida para os leigos. Aqui novamente reaparece o individualismo liberal que insinua que cada indivíduo é, em última instância, responsável pelo seu estado de saúde e pelas enfermidades que lhe acometem.

Por tudo isso, na medicina promotora, a noção de risco não costuma ser analisada à luz de uma multicausalidade tal como a descrita na história natural da doença. Este paradigma tem sua utilidade pedagógica restrita ao convencimento dos médicos, que precisam de um esquema interpretativo mais complexo que os ajudem a se responsabilizar pelos aspectos preventivos da saúde de seus pacientes. A medicina promotora também tem suas justificativas teóricas sustentadas no paradigma da história natural da doença, já que surge como uma formalização autônoma da chamada prevenção primária, como maneira inespecífica de promover a saúde. Mas, na medida em que a medicina promotora se volta primariamente para o convencimento dos leigos, levando a que estes identifiquem uma atitude ideal para prevenção de riscos de saúde, a complexidade do esquema pedagógico de Leavell & Clarck pode ser omitida; basta admitir-se implicitamente uma

causalidade de fatores simples e até uma redução monocausal (por exemplo, "fumar causa câncer de pulmão") e, para tanto, basta que a noção de fator de risco ou de conduta de risco seja bem estabelecida e que a norma de conduta pertinente seja bem clara. É a autoridade da ciência em geral (e dos achados científicos) e não necessariamente a autoridade do médico que é invocada aqui para justificar o nexo causal.

Para concluir esses breves comentários sobre a obra de Arouca, quero sublinhar que sua crítica da medicina preventiva manteve a predileção pela alternativa configurada pela medicina social e por sua história política. Hoje já não estamos tão seguros de que, no Brasil, a saúde coletiva, como herdeira do legado da medicina social do século XIX, ainda sustenta a validade desse tipo de contraste, de tal modo a se diferenciar da medicina preventiva e de suas vertentes enquanto uma verdadeira alternativa teórica e política. O que aconteceu no pensamento sanitário, político e filosófico ao longo dos trinta anos que nos separam da produção daquela obra não mais nos permite fiar por inteiro no poder explicativo e heurístico que Arouca estabeleceu entre a abordagem individualista da medicina preventiva (e que podemos estender à medicina promotora) e a abordagem coletivista da medicina social. Os motivos são variados e deles somente posso fazer breve menção nesse reduzido espaço de discussão. Em primeiro lugar, prevalecem hoje razões de ordem prática e organizacional que fazem que os métodos da medicina preventiva e da medicina promotora sejam amplamente adotados e justificados como avanços efetivos, como acontece, por exemplo, no Programa de Saúde da Família. Mas deve-se argumentar, em contraposição, que as opções práticas seguidas pelo movimento da Reforma Sanitária, com a implantação do SUS, não deveriam obstruir os caminhos de uma pertinente crítica social da saúde. Em segundo lugar, cabe ser mencionada a emergência de uma nova sensibilidade cultural, na qual as questões da subjetividade, da ética e da autonomia individual ganharam proeminência no combate às tendências mais cruéis do neocapitalismo globalizado. Essa compreensão leva-nos hoje a pôr em primeiro plano a discussão de temas tais como os originados da ética dos transplantes e da humanização do cuidado em saúde. Quanto a esses aspectos, a emergência de uma compreensão que abraça noções denotativas de individualidade e subjetividade não deveria obscurecer a dimensão social da saúde. Por tudo isso, não nos parece adequado e contemporâneo colocar agora o debate acerca da medicina promotora em termos da oposição entre uma

visão individualista do processo de saúde-doença e uma visão coletivista. No entanto, a releitura da obra de Arouca concita-nos a refletir acerca da possibilidade de reabrir espaços de crítica social, provida de suficiente radicalidade filosófica, para continuar a realizar o estudo da problemática da saúde em sua totalidade. Entendo que desconstruir as bases cientificistas da medicina promotora pode ser uma das iniciativas dessa vertente de pensamento social em saúde, podendo ser inspirada, como busquei indicar aqui, pela notável criatividade da obra de Arouca.

Capítulo V
Os conceitos estratégios

Discutindo o papel do Departamento de Medicina Preventiva, Tobar Acosta (s. d.) exprime os objetivos deste movimento:

> a missão primordial da Medicina Preventiva, através do correspondente Departamento, consiste em divulgar, promover e converter em prática o alcance da Medicina integral.

Qual a organização desse movimento, que encontra em cada um dos seus membros um militante de um projeto, que estabelece na troca de experiências um novo conjunto de relações sociais, que permeia e cimenta as organizações nacionais na busca de internacionalidade?

Procuraremos analisar essa organização através do estudo dos seus conceitos estratégicos, ou seja, daquelas noções que remetem diretamente a uma prática e especificam diferentes níveis de instituições sociais, onde a Medicina Preventiva existe como uma prática social.

A integração

O conceito de integração estabelece a relação da Medicina Preventiva com a totalidade da escola médica, sendo uma proposta de trabalho conjunto com outras áreas, para a consecução dos objetivos preventivistas.

Como uma proposta de trabalho, o conceito de integração tem implícita a idéia de um processo que apresenta um duplo valor estratégico.

Em *primeiro lugar*, para a formação da atitude preventivista nos estudantes, dado que as mesmas concepções, apresentadas por uma diversidade de doentes, reforçariam a vinculação por um mecanismo de repetição e por apresentar a ideologia preventivista como a própria ideologia da escola médica. Em Colorado Spring (1953b), considera-se a importância estratégica do processo:

> *The body of knowledge and skills and measurement and application that it has accumulated gain broader value in proportion to the extent to which they are used in other fields of medicine should be regarded as a cooperative interprise within the medical school...*

Em *segundo lugar*, o trabalho conjunto permite o desenvolvimento, nos próprios docentes da escola médica, da atitude preventivista, através de um efeito-demonstração do valor dessas atitudes no interior da própria prática médica. Esta idéia é apresentada na décima reunião do Encontro de Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo (1973a):

> O médico começa a sofrer a influência de um grupo de profissionais, principalmente os da Medicina Preventiva e Social, havendo, portanto, uma mudança de mentalidade.

Smillie (1947) estuda as dificuldades encontradas para a integração da Medicina Preventiva:

> *Integration of teaching also represented criticism of existing clinical teaching. Thus the major objections to integrated teaching, as it has been proposed by departments of preventive medicine, may be summarized briefly:*
>
> *1 The Departament of Preventive Medicine was encroaching as well defined and well stablished divisions of university teaching.*
>
> *2 Integration tende to breack down departamental boundaries and thus diverts the student from the great importance of each special field.*
>
> *3 The plan places too great emphasis on the critical materials with lack of practical balance in teaching program.*
>
> *4 Integration weakens research, which can only be undertaken successfuly in firmly stablished special departments.*
>
> *5 It instigate against proper training in special fields.*

> *6 Incorporation of preventive medicine in clinical teaching is not a special activity of one department of a medical school. Rather it is the responsability of each funcional department to teach prevention of disease as part of its own instruction.*

Taylor (1957), analisando o ensino da Medicina Preventiva em várias regiões do mundo, conclui que, apesar das diferenças, existe uma série de princípios básicos e, entre eles, o da integração. Chegou-se a conclusão idêntica no Encontro de Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo (1973b) que, apesar das divergências quanto à definição do próprio campo da Medicina Preventiva, e, conseqüentemente, dos seus objetivos, havia um consenso geral quanto ao seguinte:

> 1°) O ensino da Medicina Preventiva deve estar integrado com o ensino de outras disciplinas.
>
> 2°) Deve-se evitar que os departamentos de Medicina Preventiva hiperdesenvolvam atividades médico-assistenciais e didáticas de modo a se hipertrofiarem, transformando-se quase em "faculdades a parte" (uma Escola Médica "Adequada" em oposição à Escola Médica "Inadequada").
>
> 3°) Deve-se contar, progressivamente, com docentes de outras disciplinas do curso médico que tenham em sua prática profissional e didática o mesmo enfoque preventivo e social.

Para concluir, após discutir brevemente a função da escola no mundo contemporâneo:

> A Medicina Preventiva, é, portanto, dentro da escola médica, a área mais exigente com relação à integração, porque seus objetivos gerais visam primordialmente à criação de novas atitudes, que devem estar incorporadas à prática de todos os médicos e não serem exclusivas de "especialistas preventivistas".

O primeiro informe do Comite de Expertos de la OPS/OMS (1969), en la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social, deu ênfase à responsabilidade dos departamentos em procurar uma integração dos cursos de Medicina Preventiva com outros cursos da formação médica.

A integração dentro do contexto preventivista não possui a idéia de disciplinaridade conduzida por Piaget (1973), que analisou as formas de integração do conhecimento desde a multidisciplinaridade até a transdisciplinaridade que se faz em um sistema comum axiomático e um emergente padrão epistemológico.

Não é no plano do conhecimento que a integração opera, mas, sim, no plano estratégico, em que integrar é colocar o mesmo discurso em uma multiplicidade de pontos, e, em última análise, obter o consenso que é o fundamento da mudança almejada.

Assim, a integração caminha pelas suas formas no pleno espaço da criatividade, em que o mundo da educação médica divise-se em aliados, suscetíveis e resistentes, na procura de novos métodos e técnicas, nas descrições detalhadas de vitórias e fracassos, em seminários de relações humanas, grupos terapêuticos etc.

A integração coloca no discurso, no nível das relações entre docentes, um campo estratégico de batalha política, em que as relações sociais são colocadas em suspenso, bem como as relações da educação médica com a prática médica e com a formação social. Movimento político de idênticos que não são movidos por interesses, conflitos e contradições, mas, sim, por uma "presença-ausência" de atitudes.

Operação de analogia-diferença, que permite, inicialmente, afirmar a diferença, enquanto institucionalização dos departamentos, em um espaço social e discursivo definido, para, logo em seguida, afirmar a identidade diante de uma medicina que é única e a não-existência de preventivistas e da Medicina Preventiva. Unidade que só se torna possível diante de uma "nova atitude", ou seja, a Medicina Preventiva propõe o seu próprio desaparecimento quando a medicina confundir-se com ela e seus praticantes com sua prática.

Portanto, o conceito de integração define e avalia uma estratégia política de transformação da medicina pelo ensino médico, luta prática que se faria não pelo controle do poder, mas, sim, pela formação de uma consciência difusa que levaria ao consenso, em um processo de transformação natural diante de um discurso, de um contato quotidiano, enfim, diante de um testemunho dos caminhos inexoráveis da medicina, do qual os preventivistas são os profetas.

As proposições básicas contidas no conceito de integração são:

1º) Os sistemas de idéias-representações e de atitudes comportamentais dos sujeitos da educação médica podem ser modificados a partir de um trabalho conjunto com os preventivistas.

Essa proposição, que fundamenta a possibilidade da mudança das consciências dos sujeitos da educação, através de uma prática e de um contato

revelador, na realidade nega as determinações estruturais sobre as consciências individuais. Assim, as representações que fundamentam o ensino médico estão baseadas na organização do conhecimento médico em disciplinas que, em última análise, referem-se à própria organização da prática médica legitimada, ou seja, a medicina especializada.

O desenvolvimento do conhecimento médico e a crescente divisão técnica e social do trabalho fizeram que, cada vez mais, a prática médica fosse dividida em especialidades e subespecialidades. Tal divisão, assumida no nível do ensino, representa as próprias relações que a escola mantém com a prática da medicina e com a organização do conhecimento médico, de tal forma que as representações que fundamentam estas relações e que possibilitam a sua reprodução estão contidas nos sujeitos do processo de ensino, na forma de agentes suportes da infância ideológica.

Portanto, de uma forma geral, não existindo contradições básicas dos agentes com suas práticas e representações, a viabilidade de uma mudança de consciência, mantendo-se as determinações estruturais, é exatamente limitada, derivando disso a convergência para o discurso preventivista dos conceitos derivados de outros domínios, como da Psicologia, Relações Humanas, Pedagogia etc.

2º) O conceito de integração privilegia a noção de sujeito, olvidando o mundo das relações.

Decorrendo da proposição anterior, o discurso privilegia a noção de um sujeito singular, que se define na posição assumida em relação ao projeto preventivista, seja de adesão, resistência, simpatia ou apatia.

Segundo Garcia (1972), ao considerar-se a educação médica como uma totalidade, é estabelecida uma série de relações no interior dessa totalidade, que define a função de cada elemento diante do todo.

A centralização sobre um sujeito definido na sua relação com o projeto esquece o conjunto das relações técnicas e sociais que posicionaram esse sujeito, bem como o funcionamento da ordem institucional que reproduz o modo de produzir médicos.

Finalmente, a noção centralizada sobre os sujeitos da educação médica coloca-se como os "outros", diante do universo preventivista, de tal forma que os próprios preventivistas são retirados desse complexo de relações, não considerando que eles próprios se acham posicionados nesse complexo ideológico, contribuindo para a sua reprodução.

O conceito de integração propõe um trabalho coletivo no interior de uma profissão essencialmente individualista.

O fundamental da prática liberal é o encontro do médico e paciente em suas singularidades, em suas independências de escolha e nas suas responsabilidades individuais, de tal forma que o processo de trabalho médico caracteriza-se por ser um trabalho essencialmente individual, mesmo quando é realizado em termos de equipe.

O ensino médico, basicamente, assume, em seu ciclo clínico, as características da forma de trabalho médico, ou seja, essencialmente individual, com limites de responsabilidade estreitamente definidos no interior de cada especialidade. Assim, a proposta de um trabalho coletivo somente poderia ser realizada através de uma redefinição da forma de trabalho médico ou, então, preventivistas e não preventivistas encontram-se envolvidos por uma ilusão de trabalho coletivo na realização concreta de um trabalho parcializado.

A inculcação e a resistência

A Medicina Preventiva estabelece uma relação com os estudantes através do conceito de inculcação, que representa o processo pelo qual as atitudes preventivistas são formadas nos futuros sujeitos do cuidado médico. Portanto, esse conceito olha para a realização da Medicina Preventiva como uma prática futura fora do espaço acadêmico. Vejamos algumas das colocações a este respeito:

> *How can proof be offered and claims made that preventive medicine, or any other discipline, is responsible for the inculcation of specific attitudes? We make no such claim, but believe rather that our teaching can contribute to realization of the previously quoted objetives of medical education, in helping the student develops sound attitudes:*
>
> *"of viewing individuals in their entirety as complex human beings in a complex and changing environment" and "of seeking ways to promote and maintain patients health, understanding that is more effective to prevent disease than to cure it".*
>
> *Our special place in medical education is the incorporation of preventive medicine in clinical practice.* (Colorado Spring, 1953b)

> *Es de suma importancia inculcar en la mente del médico los conceptos de orden preventivo, en igual nivel y en armonía com los del diagnóstico y el tratamiento.*

Crear en el futuro médico la conciencia de la función social de su profisión. (OPS, 1956)

Incorporación de los seguintes valores y actitudes en su manera de pensar y actuar; actitud preventiva, epidemiológica, social y actitude educativa y de equipo. (Comite de Expertos de la OPS/OMS, 1969)

A idéia de inculcação (incorporação, conscientização) perfura o espaço para novas configurações, em que as representações da aprendizagem definem o seu lugar. O conceito fundamental que centraliza essa nova geometrização é o de *contato*, que amplia para o social o poder da "mirada clínica".

O contato é visto como a penetração em um espaço da realidade, que é verdade à observação no quotidiano, realidade que está oculta, mas que, simultaneamente, é transparente para quem a observa, sem que rompa os muros que a protegiam. Como base nesse conceito, está a noção de que o hospital é um campo restrito de observação, de baixa aderência à realidade, mas, além disso, a noção sensualista de que o contato abre a possibilidade do conhecimento, da percepção e da afetividade.

Dessa maneira, esse conceito joga simultaneamente o papel de *conseqüência* e *solução*, de forma tal que a ausência da atitude preventivista é efeito de um contato com uma realidade restrita, recortada, e a incorporação dessa atitude requer um contato ampliado. Assim, o contato permitiria o encontro dos sujeitos com uma realidade que lhes é externa e, naturalmente, provocaria uma ação ou um compromisso com as tensões existentes nessa realidade, ou seja, o externo seria internalizado. A dialética entre o externo e o interno não dependeria das suas constituições históricas, mas, sim, de um contato gerador de sínteses.

A operacionalização desses conceitos se faz nas mais diferentes formas de visitas, domiciliares, a instituições de saúde pública, a órgãos de saneamento etc. Centralizando nosso estudo sobre a visitação domiciliar, que caracterizou durante longo tempo os departamentos de Medicina Preventiva, vemos que o seu objetivo "é permitir ao estudante, além de trabalhar em ambiente intra-hospitalar, tomar contato com pacientes no próprio ambiente familiar e analisar a série de fatores do meio, que interferem no seu estado de saúde" (Encontro de Docentes de Medicina Preventiva, 1969).

É preciso que o estudante de medicina tome contato com os recursos médicos existentes na comunidade ... e além de doentes é necessário que o estudan-

te tome contato com a população em geral, onde existem pessoas doentes e sadias, não se esquecendo de que a melhor medicina seria aquela com uma função social ampla. (Encontro de Docentes de Medicina Preventiva, 1970a)

A comunidade seria verdadeiro laboratório no ensino médico, semelhante à enfermaria hospitalar, mas em contato com os doentes e suscetíveis na vida real, no domicílio, nas escolas, nas fábricas, etc., sem os critérios de admissão hospitalar" (Encontro de Docentes de Medicina Preventiva, 1970c).

A inculcação da atitude preventivista estaria dependendo de uma sensibilização dos seus objetos (os estudantes), através de uma experiência perceptiva. Não se trata, evidentemente, de discutir o conteúdo dessas atitudes, mas a sua forma de incorporação. A experiência perceptiva dada pelo contato possibilitaria uma representação do mundo, na qual o conjunto dessas atitudes seria coerente. Como passo seguinte, o sujeito-atitude se transformaria em um agente de mudança daquela realidade percebida. Dessa forma, a realidade conteria em si a representação do mundo, que justificaria as atitudes e também a sua própria mudança.

Nesse discurso existem duas concepções: a *primeira*, relativa à relação entre o sujeito e o objeto do conhecimento, que seria do tipo mediato, contagioso. O conhecimento acha-se inscrito no objeto, pronto a ser desvendado mediante um contato apropriado, o desconhecimento é a ausência do contato; a *segunda* refere-se ao aprendizado, na medida em que a representação do objeto é apreendida no próprio ato do conhecer, as ações decorrentes seriam reflexos imediatos dessa apreensão compulsiva.

A regra discursiva que opera é a da *redução* do espaço social onde se movem os indivíduos; a mesma categoria da observação clínica, ou seja, é uma leitura clínica do espaço social, que é submetida às mesmas regras de percepção. Assim, os formulários de visitas domiciliares obedecem à estrutura das histórias clínicas. A Medicina Preventiva lê a sociedade com uma semiologia liberta da fisiopatologia, repetindo o mesmo processo com a aprendizagem. Como um exame clínico leva a um diagnóstico e a uma terapêutica, a leitura do espaço social deveria levar a um conhecimento e a uma ação.

Justapondo-se a esse esquema, a Medicina Preventiva fornece também uma leitura probabilística (ou estatística) dos fenômenos que têm como função a formalização da experiência clínica em termos racionais e a instrumentalização do salto do caso individual ao coletivo.

O Comite de Expertos de la OPS/OMS (1969) destacou a "*necessidad de buscar medias y métodos para fomentar mayor interés en los alumnos por estas matérias y vencer así la resistencia hacia ellas, favorecida por la conformación general de los planos de estudio y el caráter curativo tradicional de la medicina*". O que ressalta nesta análise é a emergência do conceito de *resistência*, que forma um par com o de contato.

Assim, a resistência desenvolve-se (ou emerge) na dimensão do contato, de forma tal que se configura como uma barreira ao entendimento e à percepção tanto do conhecimento como da realidade. Já não se trata de uma relação mediata e transparente; o sujeito da relação opõe-se ao contato revelador, exigindo a definição de uma estratégia que derrube a barreira. Dessa maneira, exige a necessidade de um discurso sobre as técnicas de mudança, ou seja, torna-se necessário estabelecer a aprendizagem como objeto do discurso, que privilegia, porém, a técnica que possibilitaria essa aprendizagem.

Surge, dentro do discurso preventivista, o discurso pedagógico. Assim, as aulas magistrais devem ocupar o menor espaço de tempo possível, introduzirem-se os seminários, as discussões de grupos, a aprendizagem ativa, os recursos audiovisuais. Sugerem-se tipos de aprendizagem ativa, dinâmica etc.

Forma-se, portanto, uma imagem triangular, em que os lados são o contato, a resistência e a inculcação; a tentativa seria na oposição entre o contato e a resistência; a inculcação desviaria o equilíbrio no sentido do contato que criaria a atitude e o instrumento da inculcação seriam as técnicas educacionais, a integração multidisciplinar, o planejamento curricular.

A Medicina Preventiva estabelece a relação com dois campos discursivos: por um lado, o da prática médica, que exige os conceitos de saúde, doença, medicina compreensiva de comunidade, integral etc.; e, por outro, o da educação médica, com as noções de currículo, integração, aprendizagem etc. Em síntese, o plano discursivo da Medicina Preventiva é um campo múltiplo de emergência de objetos, de reorganização de conhecimento, de tensão teóricas.

Quais as relações extradiscursivas que se relacionam com essas tensões, que coexistem com a resistência e com a inculcação, ou seja, que no mundo não-discursivo das práticas concretas dos homens operam nas regras desse discurso?

1ª Tese: A escola reproduz e perpetua as desigualdades sociais.

Segundo Bourdieu & Passeron (1964), o mecanismo ideológico que opera dentro da educação é transformar as desigualdades sociais em desigualdades naturais e de dons. Esse tipo de ideologia é denominada pelos autores *Ideologia Carismática*, porque ela valoriza os dons individuais, que nada mais são que a legitimação dos privilégios culturais transmitidos (ou herdados) socialmente. A essa ideologia agrega-se uma *ideologia Apologética* que permite às classes privilegiadas, principais utilizadoras do sistema educacional, verem nesse processo a confirmação dos seus dons naturais.

Dessa maneira, a escola realiza uma seleção de dons que, operando junto com fatores econômicos, como entrada precoce na força de trabalho, desnutrição etc., seleciona os seus estudantes segundo sua origem de classe, de tal forma que, ao chegar à Universidade, deparamos com uma população ultra-selecionada.

Em Baudelot & Establet (1971), a escola, e principalmente a primária, tem como função a inculcação ideológica e a seleção material da população, reafirmando a composição clássica da sociedade. Althusser (1973a), dentro do mesmo modelo, coloca a escola como pertencendo ao aparelho ideológico do Estado, com a função de concorrer para a reprodução das relações de produção, fornecendo indivíduos para os diferentes papéis dessa produção, bem como os seus intelectuais.

Lagrange (s. d.), discutindo os trabalhos anteriores, considera que a função do sistema de formação em termos de qualificação da força de trabalho, como também em relação às exigências da divisão do trabalho, em termos de, no mínimo, proporcionar uma formação geral, para concluir que a escola atua diretamente, instaurando uma divisão entre as escolas de formação que perpetuam a hierarquia social.

A Medicina Preventiva encontra-se, portanto, no ponto máximo da seleção social realizada pela escola, em que os indivíduos já se afirmaram apologeticamente como possuidores dos dons exigidos para a ascensão social. Através da profissão, ultrapassaram todos os sistemas de seleção e encontram-se no ponto de transformarem estes dons em valor de troca.

Dentro desta perspectiva é que se realiza o *contato*. De um ponto de vista de classe, os estudantes "miram" o real, real que não conheciam por não fazer parte do seu espaço social; real que foi conhecido como paisagem e não como vida.

Se a escola mascarava a desigualdade social pela desigualdade dos dons, a medicina mascara essa mesma desigualdade, primeiro, tentando neutralizar a posição classista de seus agentes com a "atitude preventivista" e, segundo, neutralizando o posicionamento ideológico desses mesmos agentes em contato com as outras classes (as vilas da miséria, os bairros etc.), através de uma resistência devida à medicina curativa, ou à deficiência dos instrumentos educacionais.

Retomando, qual o mecanismo lógico que se opera nesse primeiro nível? Em *primeiro lugar*, a divisão da sociedade em classes estratifica a morbidade e o acesso aos serviços de saúde e destina um espaço social para essas populações; em *segundo lugar*, a escola seleciona socialmente os seus estudantes, concentrando nas universidades os grupos privilegiados, para, finalmente, a Medicina Preventiva, mantendo os privilégios dos segundos, pretender que estes estabeleçam um compromisso com os primeiros, definido em uma atitude social e, nesse ponto, encontra uma resistência que (mascarada a sua origem de classe) deve ser resolvida no nível da técnica educacional.

Portanto, a Medicina Preventiva tenta um reencontro entre os possuidores e não-possuidores, que leva analogicamente à solução de desenvolver os dons ausentes na população através da educação, da mesma educação da qual já foram excluídas.

2ª tese: A educação, como forma de reprodução das relações sociais, opera como um mecanismo de violência simbólica.

Bourdieu & Passeron (1964) estabeleceram uma teoria da educação como processo de reprodução das relações sociais, baseado no conceito de violência simbólica, que representa uma ruptura com todas as concepções espontaneistas da educação como uma ação não-violenta. Os fundamentos dessa análise são:

a) O caráter duplamente arbitrário da ação pedagógica, que representa objetivamente uma violência simbólica, enquanto imposição por um poder arbitrário de um arbítrio cultural.
   Nesse sentido, toda *Ação Pedagógica* é, num primeiro nível, violência simbólica, enquanto o fundamento do poder arbitrário são as relações de força entre os grupos e as classes sociais de uma

dada formação social, sendo este poder a condição da imposição e inculcação de um arbítrio cultural.

No segundo sentido, a Ação Pedagógica é violência cultural quando delimita e seleciona aqueles conteúdos que devam ser reproduzidos, sendo esta seleção de um grupo ou de uma classe social.

Dessa maneira, através do seu duplo sentido, as Ações Pedagógicas cumprem a função social da reprodução cultural, devendo ser determinado que, em uma dada formação social, existe um tipo dado de Ação Pedagógica, que é dominante, que tende a reproduzir os arbítrios culturais que são características dessa formação social e que contribuem, portanto, para a reprodução das relações de força que colocaram esse arbítrio em posição dominante.

b) Em uma formação social dada, toda ação pedagógica em exercício necessita de uma autoridade pedagógica, de forma tal que os receptores reconheçam sua legitimidade, recebendo e interiorizando a sua mensagem. Existindo uma legitimidade dominante, existe, portanto, um modo de imposição legítimo, exercido por educadores legítimos a legítimos destinatários. Assim, *"elle reproduit les principes fondamentaux de l'arbitraire culturel qu'un groupe or une classe produit comme digne d'être reproduit..."* (Bourdieu, 1970).

c) A ação pedagógica, nesses termos, implica um *Trabalho* pedagógico que deve produzir um *habitus*, através da inculcação, como produto da interiorização dos princípios, de um arbítrio cultural, devendo perpetuar, na prática, esses princípios interiorizados.
A produtividade desse trabalho pedagógico é medida por:

C_1 = grau de inculcação obtido, ou seja, o seu efeito de reprodução;

C_2 = grau em que o *habitus* é duradouro, ou seja, o seu efeito de gerar práticas conforme os princípios interiorizados;

C_3 = grau em que o *habitus* é transferível, ou seja, o efeito de gerar práticas conformes, num número grande de campos diferentes;

C_4 = grau em que o *habitus* é exaustivo, ou seja, o efeito de reproduzir o mais completamente, na prática, os princípios de arbítrio cultural.

É importante situar que um modo de inculcação determinado se caracteriza pelas relações que ele mantém com outros modos de inculcação, visando à substituição completa de um *habitus* por outro (conversão) e modos de confirmar a reforçar *habitus* primários.

d) Finalmente, todo sistema institucionalizado de ensino tem como característica específica o fato de possuir internamente recursos para a auto-reprodução da instituição, necessária para o trabalho de reprodução cultural, que contribui para a reprodução das relações sociais existentes. Dependendo da sua auto-reprodução, o sistema tende, de acordo com a sua autonomia relativa, a reproduzir com retardo as mudanças havidas no arbítrio cultural, mas sempre sob a aparência de neutralidade, flutuando sobre os conflitos de classe.

Colocando o Preventivista dentro desse campo de violência simbólica, devemos, inicialmente, situar o discurso médico como um todo. Assim, o grupo médico, através dos professores que exercem uma autoridade pedagógica, seleciona um dado arbítrio cultural que, no caso específico, representa aqueles conhecimentos que enfocam a doença como episódio e os fundamentos para a sua compreensão; ou seja, seleciona-se um conjunto de conhecimentos que se distribuem em um currículo, reconhecendo os receptores a legitimidade desse conhecimento, na medida em que este esteja ligado à prática médica *legitimada*.

Portanto, em um primeiro nível, a Ação Pedagógica médica encontra o seu poder nas relações mantidas entre o grupo médico e as classes sociais hegemônicas, na medida em que estas reconhecem a sua prática como legítima. A seguir, os docentes selecionam o arbítrio cultural que promoverá a reprodução da relação anterior, dentro de sua autonomia relativa que, às vezes, pode produzir os atrasos culturais do ensino.

Dessa forma, o modo de imposição legítimo é aquele que perpetua e reproduz o grupo médico como tal, em sua relação com as classes, que vem articular-se perfeitamente com o grupo de estudantes selecionados como herdeiros da cultura.

Como resultado desta ação pedagógica, através do trabalho pedagógico cria-se um *habitus* que corresponde à visão da medicina liberal, episódio, terapêutico e biológico, que revela a produtividade desse trabalho na reprodução contínua destes profissionais com esses *habitus*. Todo esse

processo dentro da escola médica adquire o caráter de natural e de neutralidade, sendo este o próprio fim e objetivo da escola médica.

Dentro desse quadro, o discurso preventivista representa a emergência de uma nova violência simbólica que, dependente, articula-se com a dominante. Assim, seleciona um novo arbítrio cultural que se encontra ausente e ocupa a mesma autoridade pedagógica, somente que esvaziada de fundamento de sua força. As relações primárias do grupo médico com as classes sociais e, em função disso, a produtividade do seu trabalho pedagógico é baixa na criação de *habitus* duradouros, transferíveis e exaustivos, ou seja, com um baixo grau de reprodutibilidade.

Assim, ao propor um arbitrário cultural que modificasse a prática médica e, portanto, não contribuindo diretamente para a reprodução das relações existentes, o discurso preventivista funciona como uma violência simbólica dependente e dominada, que propõe tornar-se o modo de inculcação dominante. Porém, isso só sucederá na modificação das relações do grupo.

Nossa tese é que, dentro da autonomia relativa do sistema educacional, ele gera conjuntos simbólicos alternativos que, possuindo uma baixa produtividade do seu trabalho pedagógico, se oferecem como alternativas de mudança das práticas correspondentes, respondendo a novas exigências dessas práticas, através de uma reorganização de conteúdos e de uma reinterpretação dessas práticas. A ascensão desses conjuntos alternativos e dependentes a conjuntos dominantes dependeria de mudanças ocorridas nas próprias relações sociais que fundamentam essas práticas.

Dentro dessa idéia, refere-se Canguilhem (1971):

> *La reforma de la medicina como teoría descansa a su vez sobre la reforma de la medicina como práctica: en Francia – como també̈m en Austria – está estrechamente vinculada con la reforma hospitalaria. La reforma hospitalaria como la reforma pedagógica expresan una exigencia de racionalización que aparece igualmente en política, así como aparece en la economía bajo el efecto del naciente maquinismo industrial, y así como desembocó por último en lo que se ha llamado después "normalización".*

A mudança

Na 4ª Conferência Pan-americana de Educação Médica, o presidente da Federação abre os trabalhos com o tema "Cambio y Educación Médica" (Santas, 1972), afirmando:

Cuando hablamos de cambios debemos previamente determinar com precisión los objetivos y, recién después elaborar la estructura para obtenerlos. Ambos pasos exigen imaginación, creatividad y coraje. Sin esos elementos no pretendamos innovar.

Não se discute, aqui, a mudança como resultado de uma prática política que transforma determinadas relações sociais, da mesma maneira que integração não era um novo perfil epistemológico, mas, sim, um conceito que estabelece a relação discursiva entre a estrutura básica da Medicina Preventiva tal como foi pensada nos Estados Unidos e uma nova realidade socioeconômica que choca o discurso.

Assim, diante da organicidade do discurso preventivista, enquanto articulado em novas formas de relações internacionais, o conceito de mudança deve amortecer, no nível dos agentes, o efeito demonstrativo das estruturas sociais, na medida em que este é definido como um "agente de mudança".

Conceito este que se filia na linha direta da ideologia da modernização, que é uma das variantes das Teorias de Desenvolvimento, em que este conceito exerce também um papel fundamental, já que o requisito mínimo para *"la existencia de cualquier sociedad 'industrial moderna' consiste en la 'secularización' del conocimiento científico, la tecnología y la economía"* e a *"institucionalização"* das mudanças é um dos componentes básicos desse processo de secularização (Germani, 1969).

Frente às determinações sociais, e, em particular, frente à miséria dos povos latino-americanos e seu baixo nível de vida, a idéia de uma possibilidade de mudança, que esteja ligada ao sujeito isolado em sua prática quotidiana, é que possibilita a manutenção da atitude preventivista. Assim, o médico pode e deve continuar em sua prática privada, em sua especialidade, porém munido de uma atitude que amplie as suas responsabilidades sociais e torne potencialmente cada indivíduo em seu paciente em um dado ambiente, porém mantendo no horizonte a possibilidade de que suas ações levem a uma mudança social, melhorando as condições de vida da coletividade.

Na realidade, contudo, não é da mudança enquanto relação social concreta de que fala o discurso preventivista, mas do seu conceito abstrato, que tem a sua existência somente na materialidade do próprio discurso.

Neste instante, devemos perguntar: quais as proposições fundamentais envolvidas no conceito de mudança?

1ª Tese: Os sujeitos fazem a história.

O entendimento do conceito de mudança pressupõe um conceito de história. Quando a Medicina Preventiva, na América Latina, propõe-se a formar "agentes de mudança", está assumindo que essas mudanças podem ser realizadas por sujeitos independentes, que, diante de uma opção e liberdade, fazem a história.

Durante a Idade Média, a concepção que se tinha era de que Deus fazia a história segundo as leis da Providência. Posteriormente, no século XVIII, Deus é substituído pela Razão, que move a história pelas leis da Razão e Liberdade. A revolução burguesa instituiu o conceito de cidadão no seu duplo aspecto de particular e universal colocando o *homem* como centro da história; assim, "a relação social é escamoteada: ... 'o homem' é livre e faz a história por natureza" (Althusser, 1973b).

Entendendo que os indivíduos estão submetidos às determinações das formas históricas das relações sociais de produção e reprodução, eles só agem sob essas determinações, de tal forma que afirmá-los pura e simplesmente como agentes de mudança representa, de um lado, neutralizar conhecimento das determinações e, de outro, na ausência desses conhecimentos, a impossibilidade da própria mudança.

Essa concepção da mudança (e da história) tem, evidentemente, relação com uma teoria do conhecimento, que, afirmando determinados princípios gerais, não demonstráveis, deduz o comportamento natural dos indivíduos diante desses princípios e prescreve a sua forma de agir diante do mundo concreto. Trata-se pois, realmente, de uma inversão ideológica, em que os homens são colocados de pernas para cima, construindo representações mitificadoras do real, conhecimentos que em si são desconhecimentos.

Como decorrência, a idéia de *mudança* afirma sua segunda proposição.

2ª Tese: A autonomia do setor.

A multicausalidade é absorvida no espectro de atuação desse sujeito agente da história, que pode polarizar situações, definir problemas, coordenar soluções através da integração institucional, vagar por cima das classes sociais e levar, finalmente, às mudanças. Assim, o setor saúde pode, através da prática dos seus agentes, não somente mudar-se, mas também mudar o social.

Novamente funciona, no âmbito discursivo, a inversão das categorias: não é a medicina articulada com as instâncias sociais e sobredeterminada pela instância dominante – é uma relação de iguais, os setores são idênticos, não hierarquizados no círculo das determinações em que os homens-atitudes movem a história. Portanto, trata-se de afirmar a neutralidade do setor médico em relação às determinações, de afirmar a não-articulação; se o homem é livre, a medicina é neutra e independente.

3ª Tese: A neutralização das relações.

Finalmente, como regra do discurso, se a medicina é um setor neutro, e os homens são livres e, portanto, aptos a incorporar uma nova atitude que leve a mudanças nas condições concretas da vida, e os médicos podem assumir o papel do agente de mudanças, trata-se agora de neutralizar as relações com a população, vendo-a também como um grupo homogêneo em que as contradições são neutralizadas.

Assim, não se trata de uma medicina articulada com os grupos hegemônicos cumprindo um papel produtivo na manutenção, reprodução da força de trabalho, mas, sim, de objetivos de mudança dentro de um setor neutro, dirigindo-se a uma massa neutralizada.

A história move suas rodas não pelo desenvolvimento das contradições no interior da sua totalidade, mas sim pelo trabalho dos homens na conscientização de valores universais e naturais em que estes homens se encontram como iguais, somente em condições sociais diferentes.

O esquema evolutivo

Através de nossa análise, tentamos demonstrar como a Higiene, em sua dupla dimensão de pública e privada, propunha a solução dos problemas da área de saúde, através da participação do Estado e do indivíduo que, assumindo um comportamento orientado por uma cultura higiênica, caminharia para a morte natural. Foi o tempo em que se privilegiava a distribuição de um conhecimento que colocava normas à vida.

A Medicina Preventiva substitui a Higiene, fazendo uma leitura liberal dos novos problemas surgidos após a grande Depressão, redefinindo o

papel do médico diante de um novo espaço social. Ao assumir essa posição, a Medicina Preventiva converte-se em uma atividade normativa, no sentido em que norma é a tradução latina de esquadra, assim "*una norma, una regla es aquello que sirve para hacer justicia, instruir, enderejar*" (Canguilhem, 1971).

Dessa forma, a Medicina Preventiva coloca-se como uma norma para a educação e a prática médica, e, sendo norma, ela assume o seu papel dinâmico e polêmico, uma vez que deve colocar uma exigência, uma ordem em um conjunto de acontecimentos e qualificar negativamente aquele conjunto que não é absorvido na sua extensão.

Porém, colocar-se como norma não significa impor-se como norma, e, assim, o normal é a existência e a exibição da norma, em que o real é referido a valores que "*expresan discriminaciones de cualidades conforme a la oposición polar de una positividad y una negatividad*" (Canguilhem, 1971).

Dentro desse contexto, a Higiene representa a normatividade sobre o cidadão, e a Medicina Preventiva, sobre o profissional, porém a própria existência da norma traz em si um projeto do normal, que sirva como demonstração da norma.

Se, em uma primeira fase, a Medicina Preventiva, através do contato, pretendia a realização de uma inculcação, mantendo em suspenso a idéia da prática política, o desenvolvimento de suas práticas levou a um desdobramento do conceito de contato para um projeto do normal.

O contato estabelece uma relação com uma população de acontecimentos, que justificava a regra. Assim, a observação da dinâmica da doença no interior de uma família justificava a ampliação das responsabilidades sociais da medicina, porém não exibia nem demonstrava a própria norma em operação, ou seja, não exigia o normal.

Assim surgem os projetos de Medicina Comunitária, em que se busca a objetivação da norma, em que a negatividade é excluída e só é possível enquanto infração, em que o real é ordenado segundo um conjunto de valores em que a prática em um determinado espaço é normal; ou seja, trata-se da operacionalização-demonstração do discurso preventivista na tentativa de romper os muros de sua institucionalização para o espaço aberto do real, que, porém, é recortado e controlado nos limites da experiência.

Assim os projetos de Medicina de Comunidade (Federación Panamericana..., 1973) referem-se a seus objetivos:

a) O projeto da Universidade de West Indies, na Jamaica, propõe um programa interinstitucional entre Governo e Universidade, em que, estudando os condicionamentos ambientais que contribuem para a saúde e a doença, em determinadas comunidades, possam realizar uma efetiva prestação de serviços, através dos quais se possa inculcar nos estudantes um conjunto de atitudes e habilidades.

b) O projeto da Universidade Central do Equador pretende, através do planejamento e execução de serviços em diferentes níveis de complexidade e nos diversos níveis de atenção em áreas urbanas e rurais, promover a mudança da educação, dos serviços e dos alunos.

Os demais projetos, como o de Guadalajara, o da Universidade Del Valle do San Carlos, e outros, representam a mesma evolução em que se tenta criar um projeto demonstrativo (normal), que atue normativamente sobre os estudantes, para que estes, nas suas práticas como profissionais, exibam as normas prescritas (sejam normais).

Esse novo desenvolvimento implica novas estruturas discursivas, pois que no interior do modelo se trata muito mais de operacionalizar e racionalizar as condutas, de procurar instrumentos que as controlem, do que desenvolvê-las. Da mesma maneira, se inicialmente a Medicina Preventiva mantinha constante as estruturas de organização, tentando modificar somente as relações, agora, na Medicina de Comunidade, trata-se de, no nível do modelo, instituir mudanças organizacionais e estruturais, através de coordenação, integração e distribuição dos serviços.

Assim, a Medicina de Comunidade caminha no sentido de uma extensão da racionalização que não pode ser contida no nível da sociedade civil, mas que tem que procurar o seu espaço junto do Estado. Essa passagem significa, também, a transposição de um planejamento setorial indicativo para o planejamento reflexivo.

A Medicina de Comunidade representa, pois, a emergência de novas regras discursivas, com uma nova positividade, determinada pelas contradições internas à Medicina Preventiva e pelo desenvolvimento de novas relações extradiscursivas, como o fortalecimento do Estado, principalmente nos países da América Latina. Parece-nos que o fundamental dessa nova formação discursiva é a tendência da racionalidade ampliada, em que a formação das atitudes é paulatinamente substituída pelos estudos de custo-benefício, de técnicas de programação e avaliação, em desdobramentos do

cuidado médico, em atos que possam ser controlados etc. Começamos, assim, a passar dos projetos normativos para os normais, em que a regra exibida se oferece como possibilidade de reprodução ampla para corrigir as infrações, os desvios, e obter-se maior produtividade do trabalho médico em sua articulação com a instância dominante nas formações sociais latino-americanas.

E AGORA: SOMOS TODOS MARQUETEIROS DE CYBORGUES ETERNOS?

Elizabeth Moreira dos Santos[1]

A grande suspeita que recai sobre a memória é que ela não consiga voltar àquela tarde antiga, na Rua Dr. Quirino[2] e subir com nitidez plástica as escadas do Laboratório de Ensino Médico do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade Estadual de Campinas. Em que pesem as distintas razões que direcionaram a minha ida de Brasília a buscar a residência em Campinas, todas elas desembocavam na agitação política das universidades brasileiras e na inquietude causada pela contínua, mas implacável, destruição das propostas inovadoras do ensino médico pelas forças conservadoras – a Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB) era o exemplo – como havia sido exaustivamente debatido no ECEM[3] de Curitiba e nas Semanas de Saúde da Comunidade.

Na realidade, encontrar os "professores" de Campinas se constituiu para nós estudantes, que não havíamos optado pela militância política quase que só possível na clandestinidade, na chance de uma reviravolta no modo de pensar e praticar a saúde. Entenda-se, portanto, o talhe profundo entre prática política e profissional que cada um de nós precisava superar, num país em que a ditadura e suas assustadoras conseqüências infligiam à vida

---

1 Pesquisadora adjunta do Departamento de Endemias Samuel Pessoa da Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.

2 O Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de Campinas situava-se à Rua Dr. Quirino.

3 Tratava-se do encontro nacional dos estudantes de Medicina. As temáticas dos encontros polemizavam e politizavam as questões do ensino médico da época. Entre elas, a ampliação da experiência dos alunos em comunidades, a garantia de acesso e a participação dessas comunidades nas decisões sobre sua própria saúde eram objetos de debates que se mesclavam à questão política da luta pela democratização do país.

ameaças de tal ordem, que desafiavam os sujeitos à tarefa permanente, mas urgente, da transformação. Para que o desejo de mudar pudesse se reafirmar era preciso a perspectiva de uma reviração. O movimento preventivista já inscrito na sua trajetória ambivalente em países periféricos era então o nosso instrumento de encanto.[4]

Ao iluminar o fio sensível desse tempo ao tempo de hoje, retomo do *Dilema preventivista* a convicção de que os discursos não são livres. A releitura contínua do trabalho de Arouca e a discussão obrigatória dele com meus pares referenciando as discussões teórico-históricas do campo da saúde pública têm sistematicamente destacado a tensão existente entre as matrizes discursivas que embasam as formulações teórico e políticas do campo.

O trabalho de Arouca, apreendido em sua historicidade, caracteriza-se por um exercício rigoroso de construção de categorias. Ele, Anamaria[5] e Juan César Garcia[6] exercitaram corajosamente, na tradição teórica a que se referiram, a tarefa de (in) romper dentro da Medicina, modos de repensá-la. Como Arouca mesmo coloca a "contribuir para a construção de uma Teoria Social da Medicina". Num diálogo crítico ele assume a natureza indisciplinar do conhecimento substancial sobre o objeto. Retoma de Foucault, Gramsci, Marx e, especialmente, Althusser os instrumentos teóricos que o levam a formular o plano arquitetônico-arqueológico da tese construído em torno de três eixos descritivos-analíticos principais (a prática discursiva, a prática ideológica, a prática empírico-experimental) e de seus conceitos básicos (saúde e doença) e estratégicos (integração e inculcação) cuidadosamente imbricados. A estrutura do trabalho rompe os limitantes das análises tradicionais da produção do conhecimento e do próprio saber médico. É claro que olhar o que não era perceptível resultou em algumas respostas, mas simultaneamente inspirou novos mistérios e novos modos de olhar. Isso especialmente disseminou na saúde pública o *habitus* rigoroso de conhecer por categoria datando essa conformação das relações entre ciências sociais e saúde.

---

4 Ponto exaustivamente discutido por Arouca no *Dilema preventivista*.

5 Ver TAMBELLINI, A. T. *Contribuição à análise epidemiológica dos acidentes de trânsito*. Campinas, 1975. 221p. Tese (Doutoramento) – Universidade Estadual de Campinas.

6 GARCIA, J. C. Paradigmas para la enseñanza de las Ciencias Sociales em las Escuelas de Medicina. *Educacíon Médica y Salud*, v.5, p.130-50, 1972.

Assim, este texto pretende registrar algumas reflexões que temos desenvolvido na problematização de nossa prática relacionada ao ensino e pesquisa em controle de doenças, à luz de algumas contribuições que o *Dilema preventivista* fez e continua à fazer. Construído nas fronteiras de disciplinas como enunciados complexos, os conceitos básicos e os conceitos estratégicos se constituem em instrumentos de conhecer, definindo uma rede conceitual suficientemente potente, capaz de acolher a velocidade contemporânea e de se contrapor a suas previsíveis conseqüências de desmobilização crítica.

Primeiro, a definição do objeto: de que saúde e doença estamos tratando. A recuperação da medicina preventiva enquanto um conjunto de práticas estratégicas referentes ao processo de adoecer, sintetizando pela adjetivação uma dada forma de intervenção médica sobre a experiência concreta de adoecimento dos indivíduos.

Como intervenção médica, pressupõe uma concepção de doença que é retomada historicamente e inserida na biopolítica de uma sociedade industrial desigual, através da qual as populações eram administradas por meio de políticas públicas que visavam seu engajamento produtivo à captura da vida e de sua reprodução planejada. A doença, enquanto processo, é abordada como variação dos processos de sujeição da vida e se inscreve nos distúrbios de variação da norma.

Os desdobramentos contemporâneos desses conceitos merecem ser explorados uma vez que os atuais processos de hibridização do homem com a tecnologia esboçam, com o declínio da sociedade industrial, o declínio de seus corpos disciplinados e dóceis. Os corpos contemporâneos se tornam inseridos não mais na esteira de produção, mas na rede digital. São assim projetáveis programáveis códigos e feixes de informação.[7]

Como Deleuze[8] já chamara atenção no seu *Sociedades de controle*, no mundo contemporâneo, essa mutação do biopoder minimiza a intervenção terapêutica direta nos organismos e focaliza a intervenção nas disposições. Não se trata mais de adjetivar a medicina, mas de gerir o que se é

7 Uma discussão interessante sobre o assunto é desenvolvida por SIBILIA, P. *O homem pós-orgânico*: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.

8 DELLEUZE, G. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: *Conversações 1972-1992*. Trad. Peter Pal Pelbart. Rio de Janeiro: Editora 34, s. d.

para nunca se ser. Assim, o biopoder ultrapassa a própria configuração biológica e propaga o imperativo da saúde. Na biologia, a possibilidade última de ser equivale à morte, no último se desmonta na eternidade do clone.

O imperativo da saúde instaura a predominância da terapêutica moral em que a matriz estratégica não mais busca a integração da intervenção médica, mas a integralidade das ações de saúde, inclusive qualificando a vida. Minimizam-se ou maximizam-se processos de gestão de si, combinados e inscritos na predisposição genética (códigos de informação) e inseridos não mais nos modos de viver, mas em estilos de vida gerenciados pelo ideal dos corpos saudáveis identificáveis com a leveza e velocidade da luz. O homem válido de Virilio[9] é talvez o ideal renascentista, autocriado de Pico della Mirandola,[10] um superequipamento de teleinformática e biotecnologia contraposto curiosamente ao in-válido biológico obsoleto-decadente.

De que fala então hoje a Promoção da Saúde? De corpos, cidades, sociedades saudáveis eternas, como um dia a Medicina Preventiva falou da ausência de doença? A substituição dos processos biológicos pelos técnico-científicos media também novos consensos hegemônicos das políticas públicas? É possível uma política pública para os modos de se autogerir? Respondendo aos problemas com os circuitos eletrônicos dos aparelhos digitais teremos intervenções sobre o sistema nervoso como um dia tivemos sobre o imunológico? Além da óbvia intervenção sobre o código gené-

---

9 As contribuições de Paul Virilio para as discussões da reconceitualização das noções de tempo e espaço na sociedade contemporânea tem marcadamente iluminado aquelas referentes à problematização da saúde e doença no discurso da cibercultura. Nesse aspecto, alguns textos do autor são particularmente interessantes. Ver, por exemplo: *A bomba informática.* São Paulo: Estação Liberdade, 1999; *Do super-homem ao homem superexitado.* A arte do motor. São Paulo: Estação Liberdade, 1996; *O espaço crítico e as perspectivas do tempo real.* Rio de Janeiro: Editora 34, 1993.

10 Giovanni Pico della Mirandola (1463-1494), um dos maiores pensadores italianos da Renascença, escreveu a *Oração sobre a dignidade humana*, em que discutiu as relações do homem e Deus. Neoplatonista, Pico compreende as relações entre Deus, Homem e Mundo através de um sistema de três ordens: a elementar (terrestre), a celeste (a dos astros) e a intelectual (divina). Foi também um dos primeiros europeus a assumir o homem como um microcosmos em que essas três ordens estão presentes, e em sua "Dignidade" ressalta que os humanos são a única parte da Criação que tem a liberdade de querer ser, isto é, poder expressar o seu desejo de ser/mudar. É esse pensamento que Virilio retoma para discutir a sociedade tecnológica e numa analogia enfatizar as relações da informática e a possibilidade de novos modos de pensar.

tico, as intervenções sobre os corpos informatizados estão fazendo os psicofármacos e as intervenções sobre as disposições, "vacinas" ciborguianas?[11]

Mente e corpo se transformam em *software* e *hardware*, como se a eternidade devesse caber na troca contínua, na obrigação absoluta da atualização. Não há respostas simples para essas questões, mas há para os ensaístas indisciplinados, numa sociedade que se abre em redes como apontado por Hardt & Negri,[12] a possibilidade da "resistência ativa". Não estranha assim que o *Dilema preventivista* me retorne àquela tarde de Campinas e me obrigue, como Bréton, a reafirmar que o homem deve gritar...

---

11 Ver HARRAWAY, D. *Antropologia do ciborgue*: as vertigens do pós-humano. Belo Horizonte: Editora Autêntica, 2000; GRAY, C. H. *Cyborg Citizen*: Politics in the Posthuman Age. New York: Routledge, 2001.

12 HARDT, M., NEGRI, A. *Império*. Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2001.

Capítulo VI
Regras da formação discursiva

Trataremos, agora, de apresentar as Regras da Formação do discurso preventivista, ou seja, as condições concretas de existência dos elementos que compõem esse discurso, em sua singularidade de acontecimento em um espaço finito, apesar de estas estarem presentes nos capítulos anteriores, visto que alguns aspectos fogem da sistematização da nossa apresentação.

A formação dos objetos

O discurso preventivista encontra sua superfície primeira de emergência na adjetivação da Medicina, constituindo um "outro", que lhe é simultaneamente igual e diferente; ou seja, ao agregar-se o adjetivo "Preventiva" à Medicina, ela separou-se do espaço limitado das condutas preventivas para constituir-se em uma nova estrutura que, referida à Medicina, representava também a sua transformação. Assim, a Medicina ocupava o próprio espaço da Medicina, sendo também a sua alternativa. Portanto, trata-se de um discurso que fala de uma medicina adjetivada que se torna no próprio futuro da medicina. Assim, o discurso adota uma grade de especificação que lhe permite uma separação dos objetos próximos, como a Medicina Social e a Saúde Pública, mas cujo resultado nada mais é do que a afirmação de sua identidade com a própria Medicina.

A relação mantida entre esses dois elementos não adquire a natureza de uma oposição de contrários, mas, sim, de uma coexistência no tempo e no espaço, entre o "que é" e o "que poderia ser", de forma tal que o segundo elemento assume a tarefa de transformação do "que é". Portanto, a Medicina Preventiva aparece simultaneamente como projeto e como processo de transformação.

Assumindo a relação de identidade e mudança da Medicina, o discurso preventivista toma como seu objeto a saúde e a doença, a prática e a educação médica.

Esse discurso é instaurado na sociedade através de uma institucionalização de espaços discursivos, como os Departamentos de Medicina Preventiva, as Associações Nacionais de Escolas Médicas, as diferentes instituições internacionais, como a Organização Pan-americana de Saúde, Federação Pan-americana de Escolas de Medicina e as Fundações, como Kellogg, Ford, Rockefeller etc. Portanto, as instâncias de delimitação do discurso preventivista espraiam-se em uma rede que vai desde o nível local propriamente executivo até um nível internacional que representa a instância normativa, legitimadora e muitas vezes financiadora e instauradora do nível local.

No Seminário de Colorado Spring, o vice-presidente da Fundação Rockefeller comenta as três características da Medicina Preventiva, sendo a primeira a maturidade, pois que ela representa o último estágio do conhecimento e da prática médica que se pode pensar diante dos atuais fatos e conhecimentos; a segunda, que ela é compreensiva por sua própria natureza; e a terceira, que ela é eventual.

Nos Seminários de Viña del Mar e Tehuacan, participaram representantes da Fundação Rockefeller e do Instituto de Assuntos Interamericanos, a Fundação Milbank financia a formação de pessoal docente para os Departamentos de Medicina Preventiva e, atualmente, a Fundação Kellogg financia, através da Fepafem, programas de Medicina de Comunidade nas Américas.

Esse tipo de relação, promovendo um fluxo de recursos para os diferentes níveis, determina uma grande mobilização de pessoas através de bolsas, seja para um treinamento acadêmico em centros de pós-graduação seja para observação e troca de experiências ou para o financiamento de projetos de demonstração e investigação.

A *instância normativa* do nível internacional se faz na composição de uma formação discursiva, que é prescritiva por excelência, na transformação do discurso em Parecer, que fala sobre um "que-fazer", sobre uma prática que existe antes no discurso do que no mundo concreto. Discurso que se afirma causal em relação à prática, pois que a antecede no mundo da consciência e a cria abstratamente no seu enunciado, na linha direta da ideologia criada após a "Grande Depressão" e reforçada no pós-guerra, de que a História precisa ser dirigida; corresponde a montagens de mecanismos de intervenção econômica estatal, nos subsistemas centrais e nos periféricos.

O parecer, ao ser prescritivo, aponta para a instauração de tal tipo de prática que seria, então, legitimada no nível internacional pelo reconhecimento da adesão; assim, a mudança da prática médica em seu momento preventivista é essencialmente do tipo de planejamento indicativo internacional ou nacional.

A formação das modalidades discursivas

As formas predominantes dos enunciados do discurso preventivista são:

1°) a reorganização do conhecimento existente em termos de modelos, como o da História Natural das Doenças, a partir da qual é deduzida uma série de conclusões que aparecem como condutas a serem seguidas pelos profissionais médicos;

2°) a combinação de uma abordagem epidemiológica sedimentada com todo um instrumental estatístico que possibilite a construção de enunciados baseados em deduções, estimativas, associações causais, inferências; com uma abordagem clínica que comporte raciocínio hipotético-dedutivo e todo um sistema classificatório próprio;

3°) as descrições qualitativas das experiências pessoais ou institucionais do setor em relação a programas de ensino, experiências de campo, viagens de estudo, de sucessos ou fracassos, de integração ou mudança, de trabalhos multidisciplinares etc.;

4°) a combinação, em um mesmo discurso, de objetos vindos de diferentes áreas do conhecimento, como as Ciências Sociais, a Administração,

a Ecologia, a Psicologia Social, a Pedagogia etc., todas elas contidas em um modelo de dominação da abordagem biológica.

O segundo nível da formação das modalidades discursivas comporta uma análise do sujeito que enuncia; assim, o sujeito do discurso preventivista distribui-se pelos diferentes níveis de organização do movimento.

No nível local, ou seja, dos departamentos, está constituído por profissionais que, em um primeiro instante, vieram das mais diferentes áreas da Medicina ou da Saúde Pública, comprometidos com uma nova visão da Medicina. Assim refere-se Ryle (1949) a essa mudança:

> *Some of my friends have rebuked me for leaving the clinical fold. I reply in effect that I have merely taken the necessary steps to enlarge my field of vision and to increase my opportunities for aetiological study.*

Os sujeitos do discurso, no nível departamental, assumem simultaneamente essa posição na Prática Discursiva, como também são os sujeitos de todas as práticas decorrentes do discurso, sendo profetas e guerreiros de um "vir-a-ser". O direito e o estatuto de tal posição estão centrados em cima da posição dessa nova consciência que assume a crítica da medicina e lhe propõe uma alternativa, portanto posição de sujeito que pode ser assumida em qualquer espaço ou lugar, desde que brote essa nova consciência que, em última análise, é a marca (ou o signo) que caracteriza a possibilidade de ser sujeito dentro dessa formação discursiva.

O nível internacional, que opera em um mecanismo produtor de normas, adesões e limitações, cria suas próprias categorias de sujeito. Assim: 1º) o *funcionário internacional*, cuja função é participar na produção e organização de um discurso orgânico do movimento, bem como organizar as instâncias de legitimação e de troca de divulgação de experiências; 2º) o *expert*, cuja função é emitir o discurso orgânico, sendo uma metamorfose do professor ou investigador, resguardado por uma "experiência na prática", que o legitima; 3º) o *consultor*, que assessora as próprias organizações no desdobramento dos seus discursos ou os executantes na aderência de suas práticas a esses discursos.

No conjunto, a prática desses intelectuais é dar coerência e unidade ao projeto, na combinação de um discurso ideológico com o discurso científico, ou seja, através de um "saber" que, sendo indicativo, orienta a criação de um conjunto de experiências no espaço social.

A formação dos conceitos

O discurso preventivista privilegia, na formação dos conceitos, as formas de coexistência. Em uma primeira instância, existe um campo de presença, representado pelo conjunto de enunciados já formulados nos vários ramos do saber médico e que servem como material para a fundamentação de suas proposições e como crítica da própria medicina. Assim, o campo de presença situa em um mesmo espaço o da História Natural, dado o conhecimento relativo a um complexo de objetos que são unificados dentro da estrutura do modelo. Combinado com esse, o campo de concomitância faz convergir para a mesma estrutura enunciados de outros discursos, como a sociologia e a psicologia.

Porém, o fundamental é que o discurso opera uma biologização do campo de concomitância, de tal forma que os enunciados provenientes de domínios diferentes são incorporados sob uma dominância dos conceitos biológicos e fundamentalmente médicos. Assim, o saber clínico e o epidemiológico regem as formas de introdução de enunciados concomitantes no discurso preventivista, de tal forma que eles surgem como enunciados associados ou dependentes dentro da estrutura básica.

O domínio da memória opera nas formas de coexistência, no sentido de exemplificar a sucessão histórica que representa a Medicina Preventiva em relação à Higiene e à Medicina Curativa, de tal forma que se estabelece uma relação de filiação com a Higiene e de transformação com a Medicina Preventiva, ambas situadas diante de uma continuidade essencialmente teleológica.

Em relação aos procedimentos de intervenção, o ponto fundamental é que, na associação da Medicina Preventiva com a Estatística, gerou-se um processo de formalização do conhecimento médico, na tentativa de transformação dos enunciados qualitativos em quantitativos. Essa dominância colocou o instrumental estatístico em uma posição central dentro do discurso preventivista, significando, também, sua forma de validação e legitimação.

Trata-se, portanto, de um campo conceitual que combina proposições extremamente subjetivas, como “atitudes”, bem-estar físico, social e mental, e de toda uma tentativa de uma linguagem formal, como se esta atribuísse à primeira o estatuto de um rigor científico.

A formação das estratégias

O ponto central da formação das estratégias que vão constituir os temas preventivistas é sua relação com a economia da constelação discursiva, que o relaciona a outros discursos contemporâneos e à função do discurso em um campo de práticas não-discursivas. Para realizarmos essa análise, devemos abandonar o âmbito do discurso e pensar na Medicina como uma Prática Social, em sua articulação específica com um dado modo de produção.

De Medicina Preventiva à medicina baseada em evidências

Gastão Wagner de Sousa Campos[1]

Inquietação teórica e prática diante da vida. Inconformismo com a injustiça. Audácia e coragem para apostar no novo. Capacidade para lidar com contradições. Liderança. Assim foi Sérgio Arouca. Assim é sua tese de doutorado *O dilema preventivista*.

Quando esse trabalho foi elaborado estávamos na metade dos anos 70. E já naquele então, Arouca, sem abandonar sua tradição crítica, reconhecia a insuficiência do Materialismo Histórico – particularmente daquele fossilizado e grafado, assim, em letras maiúsculas – para explicar o que vinha acontecendo na saúde. Na busca de um esquema conceitual que lhe permitisse uma análise mais aguçada do contexto, ele procedeu a uma fusão inovadora de elementos do materialismo histórico com a arqueologia recentemente elaborada por Michel Foucault. Ainda me recordo de um diálogo áspero entre Arouca e um marxista ortodoxo. Este o interpelou e o repreendeu por misturar conceitos, segundo ele, absolutamente antagônicos. Arouca respondeu-lhe de maneira precisa e cortante, perguntando-lhe se ele discordava do produto, se ele não reconhecia a relevância do trabalho elaborado. O senhor, se desculpou, não, claro, o trabalho era útil e esclarecia o tema. Então, fulminou Sérgio, fiz bem em misturar Marx com Foucault.

Fiel a esse desafio, no Capítulo VI, ele procura desvendar as "regras da formação discursiva" da Medicina Preventiva. É impressionante a atualidade e a agudeza do seu método, e não resisto à tentação de estender suas análises sobre a medicina preventiva para um outro movimento ideológi-

1 Professor livre-docente da Faculdade de Medicina Preventiva da Universidade Estadual de Campinas. Secretário executivo do Ministério de Saúde.

co, mais recente, em que a medicina, como naquela ocasião, busca sobreviver às mudanças sem perder suas características essenciais. Refiro-me ao movimento que ficou conhecido como "medicina baseada em evidências".

Primeiro Arouca investigou a "formação do objeto da medicina preventiva". Com simplicidade e argúcia ele descobriu uma tentativa da medicina preventiva de separar-se (diferenciar-se) e, ao mesmo tempo, identificar-se com a medicina tradicional por meio de uma adjetivação da mesma. O "preventivo" agregado sintetizava uma intenção, um esforço para indicar uma possibilidade de transformação que interessaria à ciência e à prática profissional. A expressão "baseada em evidência" repete, décadas depois, o mesmo estratagema.

A "medicina baseada em evidências", apoiando-se na estatística e na epidemiologia clínica, significaria uma reforma radical do saber e da prática médica, conseguindo graças a esses novos procedimentos superar uma série de fatos negativos que estariam ameaçando a hegemonia da biomedicina. A introdução deste novo discurso seria potente para regular a incorporação de tecnologia, evitaria a iatrogenia, procedimentos desnecessários e a má-prática em geral. Com a nova formação discursiva estaria assegurada a pureza da medicina, doravante, pelo menos em teoria, comprometida apenas com a eficácia de suas práticas.

Ao se fazer essa comparação, é de sentir até um pouco de saudade da "reforma" sugerida pela medicina preventiva. Esta pelo menos tentava modificar a medicina importando conceitos das ciências sociais, ainda que restritos a um funcionalismo duvidoso e reducionista. De qualquer forma, aquela reforma dos anos 70 declarava objetivos um pouco mais ousados do que estes do fim do século XX.

Outra estratégia usada por Arouca para compreender o movimento da Medicina Preventiva foi o de identificar seus centros de divulgação e seus modos de operar sobre o mundo. A medicina preventiva agiu com uma certa externalidade à medicina, a elaboração de suas teses e de seus projetos de intervenção dependeu de fundações, bancos e organismos internacionais que não pertenciam à instituição médica. Cientistas sociais e sanitaristas elaboraram as críticas e as receitas a serem seguidas pelas organizações médicas, faculdades, serviços etc. Posteriormente, logrou-se "infiltrar" a instituição médica por meio da criação dos Departamentos de Medicina Preventiva. A coisa não colou muito, afinal as estratégias de intervenção utilizadas poderiam ser consideradas ingênuas frente à resistên-

cia do instituído. A "medicina baseada em evidências", ao contrário, é orgânica à medicina, foi criada e vem sendo divulgada por organismo do aparelho médico.

De qualquer maneira, como apontou Arouca, esses movimentos, ainda que padecendo de limitações, ainda que com um discurso de reforma que mascara sua intenção de conservar aquilo que deve ser transformado, terminam por levantar críticas pertinentes e, nessa medida, ajudam a ampliar o espaço daqueles comprometidos com transformações mais amplas. A medicina preventiva, dentro desta lógica, e em alguma medida, terminou por ser uma das bases de construção da reforma sanitária brasileira e do SUS.

Capítulo VII
Medicina Preventiva e sociedade

Após havermos estudado as condições de emergência e as regras de formação discursiva da Medicina Preventiva, torna-se necessário analisar a articulação da Medicina em geral com a sociedade, para que possamos apanhar, em sua totalidade, a especificidade da Medicina Preventiva.

O cuidado médico

A unidade mais simples de análise a ser considerada, no interior da Medicina, é o *cuidado médico*, que envolve uma relação entre duas pessoas. Uma delas transforma um sofrer, uma insegurança, enfim, um sentir em necessidade que somente pode ser satisfeita por alguém externo a ela, socialmente determinado e legitimado. É uma relação que se dá em um espaço especializado para suprir, resolver ou atender a esse conjunto de necessidades denominadas doenças.

Foucault (1966), analisando o Nascimento da Clínica, considera que a medicina reside na relação imediata do sofrimento com o que o alivia, e que essa relação era inicialmente do instinto e sensibilidade, estabelecida pelo próprio indivíduo que sofre, antes de difundir-se em uma rede de relações sociais. As experiências advindas dessas relações eram comunicadas

às outras pessoas, de pais a filhos, constituindo quase uma experiência coletiva diante do sofrimento.

Segundo o autor *"antes de ser um saber, la clinica era una relación universal de la humanidad consigo misma: edad de felicidad absoluta para la medicina. Y la decadencia comenzó cuando fuerón inaugurados en un grupo privilegiado"*. Portanto, o que constitui inicialmente a Medicina é a concentração de um saber, que media a relação entre o sofrimento e o que o alivia, nas mãos de um grupo e a correspondente difusão de um não-saber nas populações que se tornam dependentes diante do sofrimento.

A experiência do sofrimento não resulta mais em um conhecer, de tal forma que estar doente exige a intervenção de alguém que, por seus conhecimentos, possa cuidar daquele sofrer. As leis que regulam a divisão do trabalho operam com a força irresistível de leis naturais, de tal forma que médicos e pacientes encontram-se em relação de troca, em que é um portador de necessidades e, o outro, de conhecimentos. Mas o que o primeiro recebe não é o conhecimento, e sim o *cuidado*, forma instrumental desse conhecimento monopolizado.

Entendendo processo de trabalho (Althusser, 1971) como um processo de transformação, o cuidado médico como tal está centrado sobre seu objeto, o homem, em suas dimensões biológicas e psicológicas, cujo resultado é a manutenção, recuperação e transformação de determinados valores vitais. Portanto, o cuidado é o próprio processo de trabalho de agentes que monopolizam o conhecimento e habilidades para essa atividade, utilizando instrumento determinados.

Dessa forma, consideramos como *cuidado*, em geral, um processo de trabalho que se compõe de conhecimentos corporificados em instrumentos e condutas (nível técnico) e uma relação social específica (nível social), satisfazendo as necessidades humanas determinadas pela experiência histórica dos sujeitos diante do modo de andar a vida.

Especificando, temos o *cuidado médico* quando os sujeitos do processo de trabalho são investidos e legitimados socialmente nessa função, possuindo o monopólio do exercício e do conhecimento requerido para o atendimento das necessidades específicas da saúde e da doença.

O cuidado médico representa uma dupla característica, a primeira de ser um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção sobre os valores vitais (biológicos e psicológicos), e a segunda, ao atender necessidades humanas de ser uma unidade de troca à qual é atribuído, social e historicamente, um valor.

Nesse processo, o que se consome é o próprio cuidado, ou seja, o próprio trabalho e não o produto desse trabalho; em outras palavras, o resultado do cuidado é a intervenção (normativa ou transformadora) sobre valores vitais cujo consumo é realizado na própria vida, no seu uso e no consumo da força de trabalho no processo produtivo, sendo, portanto, consumido no cuidado o trabalho de seus agentes e seus instrumentos e não o seu resultado.

A partir dessa análise, podemos especificar algumas das características fundamentais de nossa unidade:

1º) O cuidado médico é simultaneamente uma unidade de produção e consumo.

2º) O cuidado médico implica três tipos de valores, no seu próprio valor como unidade de troca e nos valores vitais que toma como objetos e nos valores (de uso e troca) socialmente atribuídos a esses valores vitais.

3º) O cuidado médico como processo de trabalho envolve um conjunto de relações (Althusser, 1971) entre os elementos que o compõem, os conhecimentos, as técnicas, as relações sociais e as necessidades a serem satisfeitas, relações estas que caracterizam as formas históricas que assumem esses cuidados.

O cuidado médico dirige-se a necessidades humanas, consideradas como condições de saúde e de doença, que entendemos, no sentido de Cangulhen (1971), como modos inéditos "de andar a vida", nos quais a vida, comparativa e historicamente, recusa as normas da doença para afirmar a normatividade da saúde (Departamento de Medicina..., 1974). Dessa forma, a emergência das condições de saúde e doença, como necessidades e como demanda ao cuidado médico, possui uma dupla determinação. Por um lado, a própria dimensão vital da doença que vem interromper um curso, em ser propriamente crítica, e, por outro, a dimensão social da necessidade que se faz através da determinação dos usos dos valores vitais na vida (condição histórica da existência dos homens,) alterando e modificando esses valores e pela determinação do interior da própria medicina de quais as situações que devem requerer os cuidados.

A primeira determinação do social foi caracterizada por Foucault (1974) como sendo uma bio-história, em que o desenvolvimento das relações sociais altera e determina as condições biológicas e de sobrevivência do próprio ser humano e por Illich (1974), como uma Nemesis (castigo) social em que o desenvolvimento social gera condições para a não-solução dos

problemas que a própria sociedade cria. A segunda determinação tem sido caracterizada como um processo de medicalização (Foucault, 1974; Illich, 1974), em que, progressivamente, todos os aspectos da vida são submetidos ao controle médico e, portanto, criados como necessidades de um cuidado.

Podemos concluir outra característica do cuidado:

4º) O cuidado médico é determinado pelas necessidades vitais criadas nos modos de andar a vida e determina necessidades ao definir socialmente o seu espaço de coberturas.

As características básicas do cuidado médico definem um espaço, no qual vamos encontrar a contradição fundamental da medicina, ou seja, as margens entre o vital e o social, uma vez que, definindo como seu objeto o vital que é influenciado pelo social, é nesse lugar que a medicina encontra os seus limites e as suas possibilidades. Dirigindo-se em forma de cuidados a valores vitais, a sua contradição fundamental reside em ter esses valores como objeto e o uso atribuído social e historicamente a esses valores.

Assim, considerando que a medicina define-se como "a arte da vida, porque o próprio ser humano qualifica de patológicos – portanto devendo ser evitados ou corrigidos – certos estados ou comportamentos apreendidos, em relação à polaridade dinâmica da vida sob a forma de valor negativo" (Canguilhem, 1971), ela toma como objeto um conjunto de valores (propulsivos e repulsivos) que, para os homens, são basicamente valores de uso no processo da própria vida. Portanto, a contradição fundamental encontra-se em tomar como objeto de trabalho valores que são valores de uso e o uso atribuído a esses valores que, em última instância, determina a historicidade dinâmica e possibilidade desses valores.

Essa contradição reveste-se de uma dupla face, quando, por um lado, o uso atribuído aos valores vitais determina quais destes devem ser tomados prioritariamente como objetos de trabalho de medicina e, por outro lado, quando esse uso altera a normatividade desses valores em termos de doença, devendo a medicina atender (cuidar) a essas alterações.

Assim, em relação à primeira face, temos o conhecimento corretivo e ortopédico da medicina greco-romana, a emergência das doenças ocupacionais após a revolução industrial, o conhecimento das endemias tropicais dependentes dos processos de colonização etc. Em relação à segunda face, as condições de trabalho no processo produtivo, a utilização do homem como mercadoria, a posição dada ao lazer etc., que, em cada formação social, funcionam como determinantes das doenças.

Dessa forma, a primeira face contém o modelo de desenvolvimento do conhecimento médico em sua relação com os valores de uma dada formação social e a segunda contém o modelo de desenvolvimento de suas possibilidades, ou seja, de seu impacto em relações às condições de saúde.

Em síntese, entendemos que o trabalho médico se faz sob a forma de "cuidado" que comporta em sua estrutura o conhecimento médico (conhecimento científico e saber) corporificado em um nível técnico (instrumentos e condutas) e relações sociais específicas, visando ao atendimento de necessidades humanas que podem ser definidas biológica e (ou) socialmente.

A educação médica prepara e legitima sujeitos para esse trabalho, tendo como modelo a forma histórica de exercício desse cuidado, que, portanto, atua sobredeterminando essa formação.

Por outro lado, o modo ou a forma de exercício desse trabalho possui uma organização que funciona como uma supra-estrutura desse processo de trabalho, articulando-se com outros níveis societários.

O trabalho médico e a produção

Devemos especificar a natureza desse tipo de relação denominada articulação (Poulantzas, 1972). Consideraremos que uma formação social representa uma totalidade histórica concreta onde se compõe um conjunto de modos de produção em que um é predominante sobre os demais; isso significa que esse modo de produção dominante marca (ou determina), em última instância, o conjunto dessa formação.

Uma formação social dada é especificada por uma articulação particular entre seus vários níveis e instâncias, bem como pela sobredeterminação que um desses níveis exerce sobre os demais. Assim, em uma formação social determinada pelo modo de produção capitalista, o econômico determina, em última instância, os demais níveis dessa formação. Portanto, o conceito de *articulação* envolve a idéia de um tipo particular de relação entre diversos níveis, cuja matriz é sobredeterminada por um desses níveis, o qual, nesse modo de produção, é dominante.

Dentro desse marco, quando consideramos a medicina como um objeto de estudo, devemos situá-la em um modo de produção específico, para, em seguida, estudar as suas relações com os demais níveis, bem como a matriz que ela assume de uma determinada sobredeterminação.

Quando nos situamos nesse nível de análise, não estamos nos referindo à relação médico-paciente como uma troca que envolve valores, nem às relações de autoridade, de representação e de ordem técnica, mas sim à relação estabelecida, dentro de uma formação social, da Medicina com o Econômico, o Político e o Ideológico. Trata-se, portanto, de relacionar a Medicina com a produção em geral, com o poder e com o mundo das representações que cimentam esse modo de produção. Situar-se nesse nível é também relacioná-la com o conjunto das práticas correspondentes, ou seja, as práticas econômicas, políticas e ideológicas.

A preocupação com as relações estabelecidas entre saúde-doença e a sociedade, em suas dimensões econômicas e políticas, é bastante antiga. Assim, o Tratado de Hipócrates – Ares, Águas e Lugares – procurava estabelecer as relações existentes entre ambiente e saúde, considerando como ambiente fatores como clima, topografia, qualidade da água e organização política. Trata-se, podemos dizer, de uma abordagem ecológica do conceito de saúde, porém em que um conceito fundamental ficava marginalizado da análise, qual seja, o de *trabalho* (Rosen, 1963).

A divisão existente no mundo greco-romano, em relação às atividades intelectuais e manuais, baseada na divisão entre escravos e homens livres, fazia que a medicina fosse pensada dentro dessa divisão e que, portanto, existisse uma medicina do homem livre e uma do escravo. Estudando as relações entre o modo de produção escravista e a Medicina, Garcia (1972) afirma: "*El tiempo libre de las capas más altas se constituye en el espacio social donde se desarrolla 'la cultura' y el desporte. La medicina tanto en los aspectos teóricos como prácticos florece en esta región social*". Essa região da medicina com o tempo livre, segundo o autor, levou a um desenvolvimento parcializado do conhecimento, como demonstra a cirurgia hipocrática, que era fundamentalmente corretiva e ortopédica.

Lasso de la Vega (1972) sistematiza o atendimento médico durante a época de Platão, em atendimento aos escravos, feito por praticantes que realizavam um tratamento "veterinário" e o atendimento aos homens livres que, nas doenças agudas, recebiam um tratamento resolutivo e expeditivo e nas crônicas, uma terapêutica pedagógica e biográfica.

Dentro do modo de produção feudal, por não haver correspondência entre as relações de propriedade jurídica e a posse efetiva, o direito do senhor feudal justificava-se por fatores extra-econômicos e, da mesma maneira, a medicina articula-se com a instância religiosa, sendo o cuidado da alma predominante sobre o do corpo (Garcia, 1972).

Em Seminário realizado no Instituto Gramsci, sobre Medicina e Sociedade, Conti (1972) discute as relações que a Medicina mantém com a estrutura social, tentando uma análise que coloque em confronto os conceitos de Medicina e a sua prática.

A autora demonstra que na sociedade competitiva-produtiva e, particularmente, na capitalista, o conceito de Medicina *não* se esgota na luta contra a morte ou a dor, nem o estabelecimento da normalidade, mas vai encontrar seu ponto central na probabilidade de sobrevivência, o que, portanto, remete a uma dada sociedade e a um dado tempo histórico. E conclui que a sociedade capitalista *"sigue elaborando una medicina científica coherente con su caráter productivo, economicista, competitivo, clasista"*.

Diante da mesma indagação, Pollack (1972) considera que *"on peut affirmer sans paradoxe que le capital fixe provisionnellement la durée d'existence moyenne, celle des différentes couches sociales et distribue tactement sa sentence du mort"*.

Especificando sua análise, o autor procura as relações entre a Medicina e a produção, para concluir:

> *Le "soin" n'est pas un produit, un objet détachant de son agent, une merchandise suceptible de circuler comme une authentique valeur d'echange. Ce "produit" ne disparait pas dans l'acte de consommation. S'adressant à la force de travail, l'acte therapeutique en elève le niveau ou contribue à son maintien dans le cadre d'une reproduction. Contribuant à l'élevation de la productivité, le "soin" est "indirectement productif".*

Garcia (1972), dentro do mesmo esquema de análise, considera que, no modo de produção capitalista, a Medicina apresenta-se não somente como reguladora da produtividade da força de trabalho, mas que, também, *"julga papel importante en la diminución de las tensiones, producto de la desigualdade social"*.

Para compreender a articulação da Medicina com a produção capitalista, devemos estudar como o trabalho médico relaciona-se com a criação de valor, qual a sua função diante das diferentes classes sociais e, finalmente, quais as mudanças introduzidas nessas relações com o capitalismo monopolista.

O produto da prática médica refere-se a valores, que, para seus possuidores, existem como valores de uso; ou seja, a recuperação de uma fratura e a correção de uma deficiência auditiva possuem um valor de uso que possibilita a seus sujeitos prosseguir no seu "modo de andar a vida".

No modo de produção capitalista, o mesmo cuidado não tem o mesmo significado diante das diferentes classes sociais. Assim, para o proletariado que vende sua força de trabalho, a manutenção e recuperação de determinados valores vitais significa a manutenção do valor de troca de sua força de trabalho. Dessa maneira, se, imediatamente, a saúde significa um valor de uso para o seu detentor, imediatamente é transformado em valor de troca para a sua própria sobrevivência e em valor de uso para o seu comprador, dentro do processo produtivo.

Por outro lado, para as classes hegemônicas, essa mesma atividade médica resulta em um valor de uso que é colocado como corporificação do capital no processo de extração de mais valia.

Portanto, em uma primeira análise, podemos dizer que a Medicina, atuando sobre valores que constituem o modo de andar a vida dos sujeitos, refere-se a dois valores de uso: o primeiro, que no processo de produção cria a mais valia, e o segundo, que, no mesmo processo, se apropria dela.

Até este ponto de análise, estamos nos referindo a valores de uso, ou seja, que o cuidado médico, incidindo sobre a normatividade da vida e qualificando de patológicos os estados e comportamentos que ameaçam seu curso, tem a ver com as margens de segurança em que é possível a normatividade. Como a vida é atividade polarizada e, portanto, valor (*yatere* = estar bem), no processo produtivo, vida, enquanto força de trabalho, é criadora de novas formas de valor.

Trata-se, portanto, de situar esses mesmos valores biológicos, enquanto características de força de trabalho, para o qual o cuidado médico pode contribuir para mantê-los e recuperá-los para definir o caráter do trabalho médico.

Considerando *trabalho produtivo* como aquele que gera diretamente mais valia, isto é, que valoriza o capital, e considerando que no modo de produção capitalista o trabalhador individual é substituído como agente, cada vez mais, pelo *trabalho socialmente combinado*, podemos estabelecer as seguintes proposições para o trabalho médico:

1º) Aquele trabalho que se concretiza numa relação simples de troca entre médico e paciente, em que o produto não é separável do ato da produção, ou seja, que não há circulação do resultado desse trabalho.

Porém, mesmo nessa relação comercial, não-produtiva, deve-se considerar que:

a) Ao estarem envolvidos no cuidado a distribuição e o consumo de todo um equipamento produzido no setor industrial, o custo desse equipamento deve ser incorporado ao valor do cuidado, e, portanto, a produção e o consumo do cuidado são simultâneos à realização do valor das mercadorias desse setor industrial.

Sendo o cuidado médico um lugar de consumo, isso implica que: o cuidado médico seja um setor de consumo produtivo, e que a produção dessas mercadorias (instrumental médico) produza, além do objeto de consumo, o modo e o instinto de consumo. Isso significa que a forma de cuidado médico pode, cada vez mais, estar sendo determinada pela produção de objetos médicos (instrumentos e medicamentos), sendo, portanto, nesse nível que se dá a reprodução desse setor do capital.

A corporificação do conhecimento à técnica se faz, por um lado, mediado pelo setor de produção ligado aos problemas médicos, caindo, portanto, dentro da racionalidade industrial, e, por outro, pela imposição teleológica que possui a técnica, relacionando-a com a estratificação social do cuidado, o que nos remete à incorporação das técnicas dentro da unidade do cuidado. Essa segunda relação equaciona o problema do "a quem" são prestados os cuidados e quem pode arcar com os custos das técnicas.

Podemos, portanto, pensar em relações em que a técnica (ou a razão instrumental) domina mas não esgota o processo de prestação de cuidados, dado que este discrimina a incorporação dessas técnicas e especifica objetos ao conhecimento. O conhecimento, por seu lado, estabelece com as técnicas uma relação de determinado-determinante, organizando, em termos de condutas, o cuidado, mas permanecendo como um super-*plus* que não é incorporado nem às técnicas nem ao cuidado.

A técnica, em sua dimensão de instrumentos, medicamentos, aparelhos corretivos etc., ou seja, na sua forma de mercadoria, possui, claramente determinados, setores de produção, distribuição, troca e consumo, porém com a especificidade de que para o seu uso (ou consumo) ela exige a intervenção de agentes que possuem o controle das formas da sua utilização: o resultado de uma chapa de pulmão não possui nenhum valor para o seu usuário sem a interpretação e prescrição decorrente do profissional médico que, assim, funciona como um dos elementos fundamentais na troca e consumo dessas mercadorias. Em outras palavras, poderíamos dizer que a realização do valor incorporado nessas mercadorias, na forma atual de organização da medicina, só se faz com o consumo de trabalho

especializado, ou seja, do médico, do odontólogo, enfim, dos vários agentes do setor. Se bem que na medicina essas duas atividades, realização do valor das mercadorias e a troca do cuidado, funcionam integradas, porém independentes, em outros setores de atividade originalmente liberais o custo do trabalho profissional incorpora-se ao custo das mercadorias, como, por exemplo, está sucedendo com a agronomia e a comercialização de implementos agrícolas.

b) Representando a relação médico-paciente, uma troca que permite a circulação de dinheiro (não de capital), por ela se constitui um grupo profissional de alto poder aquisitivo, sendo um setor de alto consumo para os setores industriais.

2°) Aquele trabalho que é dirigido não mais a indivíduos, mas sim a uma classe social em particular. Nesse caso, já nos referimos como esse cuidado possui um significado diferente conforme seja o paciente possuidor ou não dos meios de produção.

No modo de produção capitalista, o valor de uma mercadoria é determinado fundamentalmente pela quantidade de trabalho humano gasto na sua produção (capital variável), de tal forma que o seu valor final é a soma de todos os momentos da sua produção. A característica dessa produção é a transformação da força de trabalho em mercadoria, e, como tal, o seu valor é determinado, como o de qualquer outra mercadoria, pelo tempo de trabalho necessário à sua produção e reprodução. Porém, quando o trabalhador entra na produção, esse custo não é incorporado ao seu valor como se fosse um adiantamento ao capitalista, já que os custos da formação da força de trabalho são atribuídos ao Estado e, portanto, socializados. Neste ponto, temos a primeira articulação da Medicina, que deve participar na reprodução da força de trabalho através dos serviços de atenção materno-infantil, em que o médico é freqüentemente assalariado do Estado, nos programas de Saúde Pública.

No interior do processo produtivo, o cuidado médico participa na manutenção e recuperação da força de trabalho, contribuindo para que "depois de ter trabalhado hoje, o seu proprietário possa repetir amanhã a mesma atividade sob as mesmas condições de força e saúde" (Marx, 1968). Porém, além disso, pesquisas realizadas em saúde ocupacional, medicina e higiene do trabalho demonstram que há um aumento de produtividade quando os trabalhadores e suas famílias são mantidos em boas condições

de saúde, direta ou indiretamente, devido a uma diminuição de ausentismo e de acidentes de trabalho, que provocam grandes perdas às empresas. E finalmente, antes de ser valor-de-uso para o capitalismo, a força de trabalho é valor de troca para o seu proprietário, cujas condições em termos de saúde podem determinar as possibilidades de sua realização, ou seja, de sua objetivação em mercadorias. Neste ponto, a Medicina, junto com a Psicologia, transforma-se no grande árbitro que define, em termos das exigências do processo produtivo, as condições dessa força de trabalho através de exames de seleção.

Considerando que o valor da força de trabalho é determinado pelos meios indispensáveis para a existência e reprodução do trabalhador, podemos, a partir do desenvolvimento realizado por Casanova (1971) da taxa de mais valia, verificar a influência do cuidado médico sobre a criação do valor.

A partir da razão P/V em que P é o trabalho excedente e V o trabalho necessário ou o valor da força de trabalho, o autor coloca aqueles fatores que podem promover um aumento ou um decréscimo da razão, chegando à seguinte fórmula:

$$t = \frac{P + d(P_i)\,k}{V + d(F\,P_o)\,k + E\,E\,(t_{c_i})},$$

em que d significa as variações influenciadas pelo aumento da produtividade (P) em uma função não necessariamente linear, dependendo dos processos administrativos, inovações tecnológicas etc. No denominador temos a força política dos trabalhadores (FPO) e o excedente econômico (EE). O componente EE refere-se à repartição do capital variável ente os diferentes estratos dos trabalhadores, segundo a sua qualificação. O capital variável propriamente dito pode ser decomposto na seguinte fórmula:

$$V = S_1\,(n_i)\,(t_{o1})\,(f_1) + S_2(n_i)\,(t_{oi})\,(f_i)\,k,$$

em que S é a mesma de salários ponderada pelos preços correspondentes às necessidades do trabalhador consumindo ou não os mínimos vitais, assim n_1 gasto em alimentação, n_2 gasto em moradia etc., pelo tempo de

trabalho (t) e pela quantidade de pessoas da família que contribuem para a geração do produto (f).

Sendo a razão calculada sobre mínimos vitais que são determinados historicamente, Casanova considera que:

> *se da el caso de trabajadores que reciben un salario que está por debajo del mínimo vital para sobrevivir como personas e famílias: la desnutrición, la falta de vestidos, combustibles, casa, medicinas disminuiyen su esperanza de vida, aumentan su morbidad y mortalidad, así como las de su familia. Otros tienen el mínimo vital u otros más se encuentram por encima del mínimo vital. En cualquier caso, la clase obrera se sigue reproduciendo como clase, aunque entre sus miembros y grupos haya quienes viven por debajo o por encima de las mínimas vitales.*

Dessa forma, o trabalho médico, ao contrário do que consideram alguns autores (Donnangelo, 1972; Pollack, 1972), pode ser diretamente produtivo, ao incorporar-se ao trabalhador coletivo, cuidando da força do trabalho, contribuindo para o aumento da razão, pelo aumento do numerador, ao participar da organização do processo produtivo e mantendo a força de trabalho em condições de ser consumida.

O custo do cuidado médico, que pode ser considerado uma necessidade básica que poderia contribuir para um decréscimo da razão, por um lado, é pago pelo trabalhador e, por outro, é incorporado ao custo do produto e, portanto, socializado.

Assim, selecionando, mantendo e recuperando a força de trabalho, aumentando a sua produtividade, diminuindo os riscos a que ela está submetida, a Medicina participa da organização do processo produtivo, diminuindo o tempo de trabalho necessário e aumentando a mais-valia produzida. Desta forma, o cuidado médico é um trabalho humano que, incorporado à mercadoria força de trabalho que cria valores, contribui para a diminuição relativa do seu valor (tempo de trabalho necessário) e para o aumento dos valores que ela cria (mais valia).

Portanto, o cuidado médico, contribuindo para o aumento da produtividade, participa no aumento da mais-valia relativa, diminuindo o tempo de trabalho necessário, e pode contribuir para a criação da mais-valia absoluta, na medida em que, mantendo o trabalhador em boas condições de saúde, torna possível a realização de jornadas extraordinárias de trabalho.

Em síntese, podemos dizer que a saúde, como valor biológico, pode ser considerada como um atributo da força de trabalho para que ela me-

lhor possa ser consumida no processo produtivo. Porém, paradoxalmente, a força de trabalho como mercadoria incorpora para sua manutenção um *quantum* de trabalho, cujo efeito não é aumentar o seu valor, mas, sim, possibilitar o aumento da sua exploração.

Para a realização dessa função, determinada pela articulação da Medicina com o Econômico, no modo de produção capitalista, o trabalho médico pode assumir as seguintes formas:

1º) O médico ser assalariado diretamente pela indústria.

Nesse caso, o médico incorpora-se ao trabalhador coletivo, sendo extraída uma parcela de mais-valia sobre o seu trabalho.

2º) O médico ser assalariado de uma empresa de prestação de serviços médicos.

Nesse caso, o médico é o trabalhador direto, sobre o qual será extraída a mais-valia desta empresa, que assume nitidamente as características capitalistas, em que a equação é

$$D - M - D',$$

Onde D' é maior que D.

3º) O médico ser assalariado pelo Estado através dos esquemas de previdência social.

Nos dois casos anteriores, nitidamente, o trabalho médico é diretamente produtivo, já que o dinheiro empregado na compra dos seus serviços transforma-se em capital, em um processo de acumulação. Nesse caso, o esquema torna-se mais complexo, já que o dinheiro que compra os cuidados médicos vem de duas fontes diferentes: uma parte é descontada do salário do trabalhador, o que significa uma "*compra (de) servicios com dinero, lo que constituye una manera de gastar el dinero, pero no de transformalo en capital*" (Marx, 1972); a outra parte é paga pelo proprietário, e mesmo que o trabalho médico não esteja diretamente sob a sua organização, ele preenche as mesmas funções que nos casos anteriores, ou seja, a recuperação e manutenção e reprodução da força de trabalho.

Por outro lado, quando o cuidado médico é referido ao exército de reserva e ao lúmpem-proletariado através dos serviços beneficentes ou centros de saúde, a relação que se presta é de pura prestação de serviços, em que o trabalho médico é remunerado, tratando-se, portanto, de uma

relação comercial e não de uma operação do capital. Esse tipo de trabalho está mais diretamente ligado às instâncias da supra-estrutura do que ao processo produtivo, ou seja, está mais ligado à instância do Político e do Ideológico.

Em síntese, podemos dizer que a articulação fundamental da Medicina refere-se à manutenção, recuperação e reprodução da força de trabalho; à manutenção e recuperação de valores de uso para as classes hegemônicas, sendo o trabalho médico diretamente produtivo quando possibilita um acréscimo na mais-valia, e improdutivo quando se refere à pura relação de troca comercial e, por fim, é indiretamente produtivo quando se refere à reprodução da força do trabalho e atendimento do exército de reserva.

Enfim, devemos especificar que as formas que o cuidado médico assume, enquanto processo de trabalho, acham-se envolvidas em um outro espaço, determinado pelas relações de dependência ou não das formações sociais a que pertencem. Assim, naqueles países centrais, o cuidado médico é moldado na Medicina do país dominante, seja na forma do cuidado, na incorporação da tecnologia, no desenvolvimento do conhecimento científico, como também nos projetos de educação médica.

Essa relação de dependência faz que, além da articulação específica que a Medicina mantenha com os níveis societários, ela mantenha também uma articulação externa com a Medicina chamada moderna, que nada mais é do que aquela desenvolvida nos países centrais, que lhe fornecem o seu modelo de desenvolvimento geral, bem como as metas a serem alcançadas.

O capitalismo monopolista

O século XX representa o fim da ideologia liberal, com o aparecimento do estado interventor, dos monopólios e oligopólios. A determinação do econômico para os outros setores (ou instâncias) da sociedade não se faz de uma maneira mecânica e imediata, mas, sim, em uma dialética e no plano das representações, em uma reinterpretação específica.

Nossa tese é que, em primeiro lugar, o discurso preventivista aparece como uma das primeiras reinterpretações do setor médico às novas determinações da ordem econômica, reinterpretação esta que se faz ainda em termos de uma ideologia liberal.

A Medicina, durante a primeira metade do século, manteve, em grande parte do mundo capitalista, um caráter predominantemente liberal, mantendo, por assim dizer, na instância ideológica as mesmas relações que possibilitaram o nascimento da clínica. Porém, não só o capitalismo desenvolveu-se no sentido do capitalismo monopolista e multinacional, como a própria medicina desenvolveu-se enquanto organização de produção, distribuição e consumo de cuidados médicos.

A tendência do mais recente desenvolvimento capitalista é o de ampliação da racionalidade da indústria a outros setores sociais e, portanto, o englobamento de atividades que se mantinham aparentemente à sombra do processo.

Sendo a tendência dominante do capitalismo do monopólio: a organização da sociedade inteira à sua imagem e de acordo com o seu interesse (Marcuse, 1973), setores cada vez mais amplos são submetidos ao seu regime; e isto, o que significa?

1º) A universalização da mercadoria.

No capitalismo avançado, novas necessidades são satisfeitas e criadas através da transformação de diferentes acontecimentos em mercadorias, como o lazer, a saúde, o sexo etc. A transformação dessas atividades em mercadorias pressupõe a organização da produção destas dentro da racionalidade do capital. Assim, certas trocas mediadas pelo dinheiro, que não se convertiam em capital no processo de reprodução, passam a ser absorvidas.

Quando uma dada atividade passa a ser objeto do capital, necessariamente ela deve ser submetida às suas leis. Vejamos, por exemplo, o cuidado médico nos Estados Unidos, baseado em uma prática privada sem grandes interferências estatais e financiada através das várias formas de seguro-saúde. As companhias seguradoras funcionam como empresas capitalistas, que devem realizar uma acumulação de capital, para reinvestirem na sua ampliação, através da extração ou transferência de outros setores de mais-valia. Porém, na medida em que os produtores de cuidados funcionam isolados, o controle deste trabalho torna-se extremamente difícil e a viabilidade da empresa depende da obtenção de fundos cada vez maiores dos consumidores, que compensem "a irracionalidade" do sistema. O custo das apólices é pago através dos salários e, portanto, o aumento delas entra em competição com outros gastos que devem ser também cobertos.

Por outro lado, o custo do cuidado médico resulta, de uma parte, pelo pagamento do trabalho médico e, de outra, pela realização da mais-valia da indústria ligada ao setor saúde (medicamentos, equipamentos). Dessa maneira, que existem duas barreiras ou limites que se impõem: o peso relativo das apólices dentro do salário e a realização do lucro das empresas, resultando, assim, um ponto a ser racionalizado e controlado, ou seja, o trabalho médico.

Portanto, tendencialmente, o sistema configura-se em crise do ponto de vista capitalista. O submetimento do cuidado médico à categoria de mercadoria exige o controle e a racionalização do trabalho envolvido nessa produção específica, ou seja, existe a necessidade de transformar esse trabalhador independente em trabalhador em geral, que produza ou transfira mais-valia.

A Medicina privada (ou liberal) transformou o cuidado médico em mercadoria, mas não transformou a sua prática em atividade capitalista, já que os lucros, obtidos e divididos entre uma população dispersa de profissionais, não permitiram a transformação do dinheiro em capital, sendo gasto, na maior parte das vezes, em um consumo de luxo. Assim, nesse setor constitui uma fração de classe de alto consumo, mas de baixa densidade, de realização de capital, e o volume de dinheiro circulante no setor prevê um espaço de ampliação altamente viável para a expansão das atividades capitalistas.

Porém, a ampliação do regime do capital não se faz sem enfrentamentos e sem conflitos, envolvendo contradições internas. Assim, hoje, o atual enfrentamento da Associação Americana de Medicina e as propostas legislativas da mudança do sistema, o enfrentamento entre a Associação Médica Brasileira e as chamadas Empresas Médicas etc.

2º) A redefinição das categorias profissionais, segundo seu caráter produtivo.

O processo de divisão técnica do trabalho transformou o trabalho humano em operações e funções parciais. Tal processo que, no interior das indústrias, obedece a uma organização e controle centrais, em alguns setores permaneceu difuso e descontrolado, como acontece nas chamadas profissões liberais. O capitalismo moderno, na expansão da sua racionalidade, encontra-se com essa barreira, que também foi um produto da industrialização e da ideologia liberal-burguesa.

Basso (1973), referindo-se a essa nova dimensão, afirma "Hoje, o poder do capital monopolístico torna-se articulado, já não, primordialmente, nas relações de trabalho, mas fora delas, no mercado e em todos os domínios da vida política e social", desdobrando uma tese já desenvolvida por Marx (1972) no 6º Capítulo inédito do *Capital*:

> Já não o trabalhador individual, mas, antes, a força de trabalho socialmente combinada, passa a ser o verdadeiro agente do processo de trabalho coletivo.

Portanto, a redefinição das categorias profissionais exige a transformação do seu trabalho em produtivo e a sua incorporação no trabalho coletivo, já que "a atividade dessa força combinada de trabalho é o seu imediato consumo produtivo pelo capital – auto-realização de capital, criação imediata de mais-valia".

Dessa forma, um dos processos de ampliação do espaço do capital pode ser o de transformação de trabalhadores liberais em trabalhadores produtivos, porém o fundamento da atividade liberal é o próprio fundamento da sociedade capitalista, enquanto instância ideológica. O Código de Ética Médica Brasileiro coloca em seu artigo 3º:

> O trabalho médico deve beneficiar exclusivamente a quem o recebe e aquele que o presta e não deve ser explorado por terceiros, seja em sentido comercial, político ou filantrópico.
>
> Parágrafo único – Não se considera exploração o trabalho prestado a instituições real e comprovadamente filantrópicas.

Nesse artigo, define-se que o lucro extraído sobre o trabalho médico é *exploração* e, portanto, vedado. É nesse artigo que se enfrentam as concepções capitalista e liberal da Medicina.

3º) A sociedade capitalista não é capaz de satisfazer as necessidades que ela própria cria.

O que se discute nesse terceiro ponto é que o desenvolvimento tecnológico e científico de alguns setores e, no caso concreto, da Medicina tem tido um baixo impacto na solução de problemas emergentes, bem como de satisfação de novas necessidades. Enfim, é a própria contradição colocada por Marcuse (1973) "entre aquilo que é e aquilo que é possível e devia ser...".

A literatura está repleta de análises demonstrando a falência da Medicina como instituição social na solução dos problemas de saúde e na procura de formas alternativas de solução, das quais o discurso preventivista é uma vertente (Carlson, 1974; Berlinguer, 1972; Basaglia, 1972; Caro, 1972; Comité d'Action Santé, 1968; Dreitzel, 1971; Bosquet, 1975). Já que no cerne do problema de satisfação não se acha um problema técnico-científico, mas o fato de a sociedade estar estruturada em classes, sendo a divisão, a distribuição e a apropriação desses recursos feitas diferencialmente segundo essas classes.

Dessa forma, no mínimo, a sociedade capitalista cria dois tipos de necessidade: o primeiro, que são aqueles conjuntos de necessidades que devem se constituir em consumo para a produção industrial, permitindo a realização da mais-valia; e o segundo, como sendo aquele conjunto de necessidades decorrentes do próprio funcionamento do sistema, como as doenças carenciais, mentais, a violência, ocupacionais etc. Assim, a produção cria não somente o consumo produtivo, mas também uma necessidade que não se realiza, ou seja, que não consome nem é consumida no processo produtivo.

O segundo círculo das necessidades produzidas pela produção capitalista torna-se mais evidente nos chamados países periféricos e (ou) dependentes. O mecanismo ideológico que opera nessas condições é colocar o problema como situado fora do processo produtivo, ou seja, situado nos chamados problemas sociais, como a educação, a saúde, a previdência e a assistência social. O aparelho produtivo, em vez de causa, é transformado em solução. Ao se intensificar a industrialização, conseguir-se-iam os meios necessários para a solução dos problemas sociais. Porém, o mecanismo não pára, já que aqueles setores ligados aos problemas sociais recebem o encargo de encontrar soluções no nível interno, como a extensão rural, a reforma agrária, os programas nutricionais, educativos e de atenção médica.

Portanto, por um mecanismo supra-estrutural, o modo de produzir os bens materiais é absolvido de suas relações com o modo de andar a vida, cuja problemática deve ser resolvida nos seus próprios níveis.

4º) A sociedade capitalista no plano do social afirma-se igualitária e universal.

O social representa, para o modo capitalista de produção, o espaço onde a ideologia realiza a identidade entre as classes e afirma a conjuntura

atual como sendo natural. É nesse espaço que a desigualdade é completamente subtraída. Assim, em tese, afirma-se a igualdade de direitos à educação, à saúde e ao bem-estar.

O discurso e o social são essencialmente míticos e adjetivos, e suas instituições vivem a ambigüidade de, numa sociedade de classes, afirmarem a igualdade. Dessa forma, temos a escola obrigatória e os serviços de previdência ou beneficência social.

Para os sujeitos das ações no interior dos aparelhos de Estado, não é a lógica de produção que está imperando, mas, sim, as representações dessa lógica, de onde a dimensão do universal e do particular rege as relações concretas entre os homens, no mundo das representações. A educação e a saúde são *bens sociais* e não mecanismos de reprodução das relações sociais e características da força de trabalho. Portanto, a escola deve ser democrática e a Medicina integral, no plano das representações que enfatizam na prática as suas demonstrações.

A viabilidade do projeto preventivista

Podemos agora inverter nossa direção de análise, ou seja, a partir do cuidado médico como processo de trabalho, e pensar a realização dos objetivos preventivistas em termos de incorporação do conjunto das atitudes prescritas (preventiva, epidemiológica, social, educativa e de equipe) à unidade do cuidado, para, logo em seguida, verificar os limites do movimento preventivista no interior das escolas médicas, que nada mais é do que equacionar as relações do seu discurso com os fenômenos extradiscursivos.

A Medicina, no interior do modo de produção capitalista, define-se como uma área em tensão, por estar simultaneamente ligada ao processo de expansão do regime do capital que envolve a universalização da mercadoria, a redefinição das categorias profissionais, a criação de necessidades não satisfeitas, a distribuição desigual dos recursos, a tecnificação do cuidado, e estar ligada aos chamados problemas sociais em que se afirma a ideologia da ética natural e universal do modo de produção. A isso devemos ainda acrescentar a existência de um "poder médico" que se configura, desde a relação médico-paciente, no processo de medicalização, nas diferentes associações profissionais que defendem os direitos desse grupo

como se fossem direitos inerentes ao próprio exercício da Medicina e, portanto, como o modo de produzir, também naturais e universais.

A Medicina Preventiva, com uma leitura liberal e civil desse campo de tensões, pretende redefinir as responsabilidades do médico, mantendo a natureza do seu trabalho; ampliar o seu espaço social, mantendo a organização hospitalar e de consultório privados; desenvolver uma preocupação social, mantendo o exercício médico como uma atividade de troca: diminuir o custo da atenção médica, mantendo o processo de medicalização e de tecnificação do cuidado; melhorar as condições de vida das populações, mantendo a estrutura social. Portanto, o que devemos perguntar é: qual a viabilidade desse projeto no interior do modo de produção capitalista?

Colocando os objetivos do movimento em três níveis: aqueles relativos às características do profissional médico, aqueles relativos à escola médica e aqueles relativos às condições de saúde das populações, podemos discutir a viabilidade diante de dois modelos de organização do cuidado, o primeiro com a manutenção da prática liberal, a participação do Estado e a emergência, de uma prática empresarial; e o segundo, com o controle total das ações de saúde pelo Estado.

Em relação ao primeiro modelo, as medidas preventivas são incorporadas ao cuidado quando passam a possuir um valor de troca, transformando-se em mercadorias e satisfazendo a necessidade de determinados grupos sociais. Assim, a puericultura, o pré-natal, os exames periódicos de saúde são incorporados à prática médica e exercidos dentro de antigas especialidades ou constituindo-se em novas.

Essa transformação está diretamente ligada ao processo de medicalização, que é uma das características da Medicina contemporânea, em que cada vez mais se amplia o espaço de controle da Medicina sobre a vida dos homens.

Dessa forma, a produção do cuidado, na sua forma de prática liberal, começa a criar, em alguns setores, um modo de consumo de cuidados preventivos para aquelas classes sociais que têm acesso a esse tipo de prática médica. Por outro lado, a produção do cuidado sofre influências do setor industrial, que começa a produzir toda uma tecnologia da prevenção que passa a ser incorporada a certas práticas, como os equipamentos para exames periódicos de saúde, determinando que o cuidado preventivo passe a constituir-se na prática liberal em um setor da alta densidade de capital, ou seja, de alta realização de valor para esse setor industrial.

Em uma segunda instância, a incorporação das atitudes preventivas se dá quando estão diretamente ligadas ao aumento da produtividade da força de trabalho, sendo impostas ao trabalho médico por objetivos externos à própria Medicina. Assim, com toda a política de saúde ocupacional (ou Medicina do Trabalho), que visa à diminuição do absenteísmo e acidentes e a um aumento da produtividade. Nesse nível, o trabalho médico faz parte do trabalho coletivo que discrimina a necessidade das medidas preventivas. Não foi por mero acaso que as chamadas Empresas Médicas adotaram, rapidamente, após a sua criação, o discurso preventivista na justificativa de sua validez.

Finalmente, a incorporação também se dá através de uma política estatal, através dos organismos de saúde pública, visando ao controle de determinadas enfermidades ou eventos vitais, centralizada preponderadamente sobre as chamadas populações marginais.

Dessa maneira, as atitudes preventivistas são incorporadas ao trabalho médico segundo as características das várias formas desse trabalho e segundo as classes sociais a que ele se dirige, porém o fundamental é que a eficiência dessas práticas encontra-se exatamente colocada sobre a contradição fundamental da Medicina, uma vez que o uso atribuído à vida como força de trabalho a ser consumido no processo produtivo é o núcleo gerador fundamental das patologias. A eficiência (ou impacto) das medidas preventivas choca-se, em última instância, contra a base fundamental do modo capitalista de produção.

O desenvolvimento das demais atitudes, como a epidemiologia, social e educativa, coloca o profissional médico diante do coletivo, e isso é exatamente a antítese das relações sociais existentes na sua atual forma de trabalho, em que médico e paciente são colocados na relação em toda a nudez de suas individualidades, em que o conhecimento médico atomiza a totalidade do paciente, em que, na realidade, estão se encontrando, por um lado, a necessidade e, por outro, o cuidado, mediados por uma relação de troca.

Sendo a escola médica um reflexo das formas de organização da prática médica, as possibilidades de sua modificação ficam restritas a modelos experimentais que vivem a contradição de tentarem formar médicos não adequados ao mercado de trabalho.

O outro modelo, quando o Estado assume o controle das ações de saúde, é possível, a partir de uma reforma completa nas condições de tra-

balho, incorporar aos praticantes as chamadas "atitudes preventivas", desde que elas façam parte das relações sociais da produção e consumo do cuidado e, a partir daí, estabelecer uma reforma do ensino que se adapte às novas condições de prática.

O Estado pode promover uma rearticulação do setor saúde, mantendo as funções da Medicina diante da sociedade capitalista, através de uma reorganização do trabalho médico, de uma recolocação do seu poder político e de um controle das indústrias ligadas ao setor. Evidentemente, tal procedimento pode levar a uma maior eficácia no desenvolvimento das funções da Medicina diante da sociedade, pela introdução de um sistema racionalizador do trabalho médico. Nesse caso, as concepções preventivistas podem se incorporar à prática, abandonando seu berço de origem junto à sociedade civil.

Verificamos, através da análise da articulação entre a Medicina e a sociedade, os limites e as possibilidades do movimento preventivista concretizar-se na prática, incorporando seus objetivos ao cuidado médico. Podemos, agora, levantar a pergunta sobre o posicionamento da Medicina Preventiva no conjunto das relações que a determinam: sendo a Medicina Preventiva um movimento ideológico que se relaciona com o conhecimento, a prática e a educação médica, qual a natureza de sua articulação mais geral?

A Medicina Preventiva, através dos seus conceitos básicos, possibilitou uma reorganização do conhecimento médico, que implicava o estabelecimento de uma nova forma de pensar a prática médica. Para a obtenção dessa prática modificada, foi necessário estabelecer um conjunto de conceitos estratégicos, como os da integração e inculcação. O resultado desse processo seria um profissional que, atuando, levaria a uma mudança da própria prática médica, como, também, das condições de saúde da população.

Portanto, dada a existência de um conjunto de problemas no interior das formações sociais relativas à incidência das doenças e cobertura de cuidado médico, a Medicina Preventiva apresentava-se como uma alternativa de solução, centralizada sobre o comportamento individual e cotidiano dos profissionais médicos.

Investido de uma materialidade institucional, e com seus intelectuais orgânicos, a Medicina Preventiva encontra-se em uma *Prática Discursiva* na fundamentação e organização conceitual de seu movimento, que permitiu um espaço múltiplo de formação de objetivos de convergências discursivas,

como a Pedagogia, a Sociologia; administrativo, ecológico etc., de sistematização e relatos de experiências, de padronização de atividades, enfim, de todo um discurso heterogêneo, complexo e multidisciplinar. E, em segundo lugar, em uma *Prática Ideológica* que se concentra na formação, tanto no nível estudantil como no docente, de uma consciência preventiva. E, finalmente, o que poderíamos chamar de uma *Prática Empírica Experimental*, em que se tenta construir experimentalmente (ou em termos de modelos de demonstração) novas formas de existência das individualidades, que comporta uma tentativa de demonstração da Medicina Preventiva como uma prática em um espaço controlado, tendo como atores os médicos e a população.

Configurando-se como um movimento que combinaria essas três práticas, a Medicina Preventiva não colocou no seu interior nem uma Prática Teórica, que possibilitaria a produção de conhecimento sobre as reais determinações da crise no setor saúde, nem a possibilidade de uma Prática Política que levasse às mudanças necessárias. Assim, propondo-se como um movimento de mudança, na realidade a Medicina Preventiva constituiu-se em um sistema conservador das estruturas da prática médica existente.

Uma proposição mais geral é de que o modo de produção capitalista cria necessidades que não pode resolver, e que essas necessidades existem como parte do complexo de objetos do conjunto das Ciências.

Estas, em sua dimensão do ensino, criam disciplinas-tampões, ou seja, disciplinas que elaboram ideologicamente propostas de solução para aquelas necessidades que ficam contidas no interior dessas disciplinas ou ciências.

Assim, a Medicina volta-se, em termos de cuidado, para valores vitais que são modificados e alterados, em termos de patologia, pelo uso que é atribuído à vida humana nas diferentes formações sociais. Os cuidados médicos, não solucionando o conjunto de problemas que emergem em termos de necessidades de atendimento, configuram uma situação de crise da própria Medicina, que gera, no seu interior, uma ou várias disciplinas-tampões que se apresentam como crise.

As disciplinas-tampões, de forma geral, caracterizam-se por:

1º) Definirem seu espaço problemático no encontro entre necessidades criadas pelo próprio funcionamento de uma dada formação social e não satisfeitas (ou não resolvidas) por essa formação.

2º) Estabelecerem relações de dependência com uma dada ciência, disciplina ou setor do conhecimento que possua um aparelho de formação profissional própria, como a Medicina, a Agronomia, as Ciências Sociais etc.

3º) Definirem um campo de crítica à realização do conhecimento em termos da prática por seus profissionais específicos, ou seja, constituírem-se em uma crítica interna à realização do conhecimento como prática.

4º) Centralizarem sua estratégia no ensino, que, modificado, levaria a uma prática transformadora.

5º) Constituírem sua organização como um conjunto entre Prática Discursiva, Prática Ideológica e Prática Empírica Experimental.

6º) Possuírem uma organização institucional e legitimada, com seus próprios intelectuais orgânicos e, algumas vezes, com esquemas profissionalizantes.

De uma forma geral, essas disciplinas representariam uma institucionalização de relações especificadas entre Ciência e Saber, e contribuiriam para a estabilização ideológica dos propósitos mais gerais e idealistas das ciências e sua realização como prática concreta em uma dada formação social. Assim, como a Medicina Preventiva seria uma das diferentes disciplinas-tampões da Medicina, a Extensão Agrícola o seria da Agronomia, o Serviço Social das Ciências Sociais etc.

Em última análise, dada a articulação da Medicina com o modo de produção capitalista, a Medicina Preventiva surge como uma disciplina-tampão que, referindo-se a uma mudança da prática médica, em última instância contribui para a manutenção da articulação referida, oferecendo-se como um projeto interno de mudança que não existe como prática concreta, mas somente no mundo das representações.

Para uma teoria do movimento sanitário

Sonia Fleury[1]

Ao desvendar as articulações entre Medicina e Sociedade, Sérgio Arouca expõe o dilema da Medicina Preventiva entendido como uma leitura liberal e civil desse campo de tensões, materializando-se como prática discursiva, ideológica e empírico-experimental, que, no entanto, não alcança desenvolver seja uma prática teórica seja uma prática política, que possibilitariam condições de produção das mudanças desejadas. A viabilidade do projeto preventivista implica a superação dos seus limites liberais que pretendem redefinir as responsabilidades do médico por meio da inculcação de uma preocupação social, mantendo, no entanto, preservadas a natureza do seu trabalho, a organização da prática médica e a estrutura social. Transcender esses limites restritos à alteração dos comportamentos dos profissionais requer formular uma teoria que dê conta das reais determinações da crise no setor saúde e caminhar em direção a uma prática política que represente um movimento de transformação conjunta do trabalho médico, da consciência sanitária, da produção das condições de saúde e doença, do conhecimento e das políticas de saúde. Com essa análise Sérgio Arouca lança as bases teóricas para a organização do movimento pela Reforma Sanitária, que floresceu e tornou-se uma realidade política a partir dos anos 80.

Para analisar as relações entre Medicina e Sociedade o autor toma a unidade mais simples a ser considerada no interior da Medicina, ou seja, o *cuidado médico*, a relação entre duas pessoas, uma cujo sofrimento se ma-

---

1 Doutora em Ciência Política; professora da Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas da Fundação Getúlio Vargas; pesquisadora da Fundação Oswaldo Cruz e membro do Conselho do Desenvolvimento Econômico e Social.

nifesta como necessidade de cuidado por parte de outra, que é socialmente determinada e legitimada para tanto.

Essa simples relação entre duas pessoas está prenhe de significações sociais, na medida em que implica a existência da concentração do saber em mãos de um grupo profissional, ao qual é atribuído o direito de exercício dessa prática, como parte da divisão técnica do trabalho. O sofrimento e o conhecimento se encontram em uma relação de troca. No entanto, o que se troca não é o conhecimento, mas o *cuidado*, que é a forma instrumental desse conhecimento monopolizado.

> O cuidado médico representa uma dupla característica, a primeira de ser um processo de trabalho que tem como objetivo a intervenção em valores vitais (biológicos e psicológicos) e a segunda, ao atender necessidades humanas, de ser uma unidade de troca à qual é atribuída, social e historicamente, um valor.

Com essa análise, Arouca lançou as luzes para que pudéssemos identificar a especificidade das políticas sociais, que residem, exatamente, nessa relação singular entre dois sujeitos sociais. Uma relação que envolve uma troca e também um consumo de mercadorias, uma base técnico-científica, um conjunto de valores e uma relação de poder. É exatamente essa especificidade que nos permite pensar as políticas sociais, representadas nessa relação entre dois agentes sociais em um dado contexto histórico, tanto como uma possível reificação da estrutura de dominação como, ao contrário, a possibilidade de uma transformação dessa estrutura social.

Ao apontar a incidência do cuidado sobre valores vitais, que definem biológica e socialmente as necessidades humanas, podemos divisar uma das principais estratégias que caracterizou a Reforma Sanitária Brasileira, qual seja, a construção de coalizões amplas em torno de valores que transcendem o conteúdo meramente classista. Sem negar a determinação do trabalho médico pela estrutura social no qual ele se realiza, é necessário compreender as necessidades sociais como expressão da contradição entre o vital e o social, definindo aí os limites e possibilidades das práticas sociais.

Arouca inaugura o campo de estudos da chamada economia da saúde ao identificar as relações entre Medicina e produção capitalista, fundadas na capacidade do cuidado permitir a elevação da produtividade do trabalho, na redução das desigualdades e das tensões sociais, na sua incidência sobre a produção de valores (valores de uso para os detentores da força de

trabalho e valores de troca para os capitalistas), na capacidade de determinação de uma normatividade social. Fundamentalmente, o autor rompe com a tradição marxista que considerava o trabalho em saúde como trabalho não produtivo, para entendê-lo como parte de um trabalho socialmente combinado, ou seja, como parte do processo de geração, produção e consumo de mercadorias. Sendo nessa simples relação de troca entre médico e paciente que são consumidas as mercadorias industriais como os equipamentos e os medicamentos, o cuidado médico passa a ser um setor de consumo produtivo, cada vez mais determinado pela dinâmica de acumulação dos setores industriais.

A separação entre técnica e conhecimento é necessária para compreensão da inserção da medicina no circuito da produção e consumo capitalistas. É a técnica, em sua dimensão instrumental, que permite a distribuição, troca e consumo dos bens industriais, mas que, por outro lado, requer a mediação do profissional, detentor de um conhecimento específico, para que a realização do valor das mercadorias se complete.

Outra articulação entre Medicina e produção diz respeito ao cuidado que se dirige a uma classe social, como os trabalhadores. Medicina do Trabalho, programas de Saúde Pública para o grupo materno-infantil, programas de Medicina Previdenciária etc. são todas medidas voltadas para a reprodução e recuperação da força de trabalho. Participam da organização do processo produtivo, da manutenção das condições de consumo da força de trabalho e da socialização dos custos de sua recuperação.

Ao analisar as relações entre Medicina e economia, Arouca assinala a importância do processo de assalariamento médico, fenômeno que recém-iniciava-se entre nós, associando-o à construção do complexo médico-industrial nesse cenário.

Sua hipótese sobre a determinação econômica da organização social da prática médica abriu caminho para os múltiplos estudos que foram desenvolvidos com vistas a entender o que se chamou entre nós o "Complexo Médico Previdenciário". Através desses estudos resgatava-se o nível organizacional como objeto da investigação das ciências sociais aplicadas em saúde, buscando entendê-lo como uma das articulações possíveis entre uma prática técnica com suas determinações econômicas, sociais e culturais. Organizações e instituições deixam de ser vistas desde um paradigma de busca de racionalidade e eficiência para serem compreendidas como espaço contraditório de materialização da luta de classes.

No capitalismo monopolista do século XX já não há espaço para as práticas liberais que possibilitaram o nascimento da clínica, pois a mercadoria se universaliza e atinge setores sociais anteriormente alheios à dinâmica da acumulação capitalista. A medicina desenvolve-se, pois, como organização da produção, distribuição e consumo de cuidados médicos. É necessário que esses setores sejam controlados e o trabalho ganhe a racionalidade das práticas produtivas, submetendo os processos de trabalho a essa lógica mercantil, na qual os produtores perdem o controle sobre o processo de trabalho. Nesse ponto, Arouca brilhantemente assinala as grandes transformações que caracterizariam os processos de privatização, o ocaso do trabalho liberal com o acelerado processo de assalariamento e, finalmente, o consumo de bens sociais. No entanto, esse processo de ampliação do regime do capital aos setores sociais acarretaria múltiplos conflitos que passamos a vivenciar.

Ao afirmar que a sociedade capitalista não é capaz de satisfazer as necessidades que ela própria cria o autor assinala: "a sociedade capitalista cria dois tipos de necessidades: o primeiro, que são aqueles conjuntos de necessidades que devem se constituir em consumo para a produção industrial, permitindo a realização da mais-valia, e o segundo, como sendo aquele de necessidades decorrentes do próprio funcionamento do sistema, como as doenças carenciais, mentais, a violência, ocupacionais etc. Assim, a produção cria não somente o consumo produtivo, mas também uma necessidade que não se realiza, ou seja, que não consome nem é consumida no processo produtivo".

Apesar de afirmar-se como socialmente igualitária e universal, a sociedade capitalista, em especial as periféricas, acentuam as contradições entre o discurso igualitário dos direitos sociais e as necessidades sociais não atendidas.

Nesse contexto, o autor vê no papel do Estado uma possibilidade de rearticulação do setor saúde, através da reorganização do trabalho médico e da utilização do seu poder político para regular e controlar as indústrias do setor. Essa proposta reformista supõe o rompimento com a origem liberal e civil do projeto da Medicina Preventiva, rumo a um movimento de mudança, a uma Reforma Sanitária.

Arouca fala então da necessidade de mudança e das limitações da Medicina Preventiva, que não alcança transcender o mundo das representa-

ções. Para isso, é necessário desenvolver uma prática teórica que permita analisar as determinações da crise do setor saúde e uma prática política que leve às mudanças necessárias. Não chegou a usar a expressão Reforma Sanitária neste capítulo – que só passaria a ser usada na década seguinte –, mas havia elaborado os fundamentos para uma teoria do Movimento Sanitário que, liderado por ele, desfraldou a bandeira da Reforma.

AXÉ!

Conclusões

Nossa tentativa de aproximação entre o projeto arqueológico e a Ciência da História possibilitou-nos estabelecer as relações entre a Prática Discursiva da Medicina Preventiva e a análise em diferentes instâncias de um dado modo de produção. Pretendemos, em última análise, situar o extra-discursivo como sendo o próprio objeto do Materialismo Histórico que serviu como referência geral para situarmos o discurso, que assim abandonou sua liberdade para articular-se com instâncias de uma formação social.

Esse instrumental teórico permitiu que nos afastássemos das sucessões cronológicas, da determinação das influências dos sujeitos, das análises de conteúdo, para a aproximação da estrutura de um fato social em toda a sua especificidade, ou seja, a emergência e constituição do movimento preventivista.

Permitiu também, ao final, que levantássemos a suposição de que o movimento preventivista não existe em uma singularidade única, mas, sim, que faz parte de um movimento mais geral de institucionalização de relações específicas da Ciência e do Saber, por via disciplinar, que tem como função fundamentar as relações que essas ciências mantêm com necessidades geradas no interior de uma formação social e não resolvidas.

Nosso projeto sofreu duas limitações importantes. A primeira relativa à ausência de uma análise do próprio conhecimento médico reorganizado pelo discursivo preventivista, o que suporá o desenvolvimento de uma

Epistemologia da Medicina; e a *segunda* relativa a um estudo do conjunto das Práticas Empíricas Experimentais desenvolvidas pelos Departamentos de Medicina Preventiva, o que suporia um vasto trabalho de campo, no momento fora de nossas possibilidades.

Em síntese, esperamos que nosso trabalho possa ter contribuído em algo para a constituição de uma Teoria Social da Medicina, que a situe como uma entre as outras Práticas Sociais, dotada de uma historicidade própria.

Em relação ao estudo específico da Medicina Preventiva, seguem nossas principais conclusões:

- A Medicina Preventiva, como disciplina do ensino médico, fez seu aparecimento na Inglaterra e logo foi transplantada para os Estados Unidos e Canadá, onde se configurou como um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma nova atitude formada nas Faculdades de Medicina.
- A Medicina Preventiva ocupou o espaço deixado pela Higiene Privada, invertendo a normalização das atitudes dos indivíduos para a normalização da conduta profissional, ou seja, incorporou a cultura higiênica, que devia ser difusa no espaço social, ao cuidado médico.
- Como um projeto de mudança da prática médica, a Medicina Preventiva representa uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico.
- O fundamento da proposta preventivista baseou-se em uma redefinição dos contornos do profissional médico que deveria ser imbuído de um novo conjunto de atitudes que o relacionassem com a comunidade, com os serviços públicos de saúde, com a promoção e proteção da saúde do indivíduo e de sua família. Como base para essa redefinição das funções médicas, introduziu-se o conceito ecológico de saúde e doença e uma visão da história da Medicina que caminhava inexoravelmente para a Medicina Preventiva.
- Para encontrar a sua especificidade, a Medicina Preventiva realizou um trabalho de delimitação com a Medicina Social e a Saúde Pública, afirmando a sua própria identidade com a Medicina Clínica. O fundamento da delimitação baseava-se em que a Medicina Preventiva era sim-

plesmente uma nova forma da Medicina privada, enquanto as outras duas representavam uma participação estatal.

- O discurso preventivista, após o seu desenvolvimento nos países centrais, ganhou, depois da Segunda Guerra Mundial, uma expansão para a América Latina, através de seminários patrocinados por agências internacionais. Dessa forma, o discurso preventivista representou uma construção teórico-ideológica do real nos países dependentes, criando não só seus intelectuais orgânicos, como também uma forma de pensar essas novas realidades, transplantando não só a problemática, como também a forma de pensá-la e de resolvê-la.
- Os conceitos básicos do discurso preventivista referem-se à História Natural das Doenças, à própria saúde e doença e à causalidade. O conceito ecológico de saúde e doença realiza uma síntese entre a concepção dinâmica e a ontológica, representando uma leitura duplamente otimista do fenômeno em que os dois estados são simultaneamente idênticos e diversos, existindo entre os dois uma continuidade quantitativa dos valores biológicos e qualitativa dos estados fisiopatológicos.
- A História Natural das Doenças opera como um modelo reorganizador do conhecimento médico, permitindo uma Taxonomia e uma "*Mathesis*", e compondo o conhecimento fisiopatológico e o epidemiológico em um mesmo espaço envolvido pelo social mistificado, cujo conhecimento é deteriorizado.

A Medicina Preventiva assume a multicausalidade, que representa uma simplificação do real e um afastamento das determinações.

- Os conceitos estratégicos:

A Integração representa um conceito político do movimento, em relação à escola médica, procurando a formação de uma consciência difusa que, levando a um consenso, determinasse a transformação da própria escola.

A Inculcação, operando através da noção de contato que pretende vencer a resistência estudantil ao modelo preventivista, realiza uma redução do espaço social a uma leitura clínica e cria um espaço para um discurso pedagógico e tecnológico da aprendizagem.

O conceito de Mudança introduz a noção de que a história é feita pelos sujeitos em particular e procura demonstrar uma autonomia política do setor saúde, neutralizando o conjunto das relações sociais que determi-

nam o setor e o próprio sujeito em suas ações, tratando-se de uma mudança que só existe na materialidade do discurso.

- A análise da viabilidade do projeto preventivista em um modo de produção capitalista, dada a articulação da Medicina com o mesmo, revelou que:
  a) enquanto projeto da sociedade civil, a introdução das medidas preventivistas no cuidado médico depende de que essas medidas adquiram valor de troca, ou seja, impostas pela lógica da produção. A introdução das atitudes sociais, epidemiológicas e educativas estão em antítese com essa forma de organização do cuidado médico. Diante disso, a viabilidade de transformação da escola médica é limitada, neste modelo, a projetos experimentais;
  b) enquanto projeto do Estado, pode levar a uma introdução dos objetivos preventivistas, desde que exista uma reorganização da prática médica com uma redefinição das relações sociais existentes e uma posterior mudança do ensino que refletisse esta modificada;
  c) o impacto das concepções preventivistas sobre as condições de saúde da população fica limitado, nos dois modelos, à não solução da contradição fundamental existente, isto é, ao uso atribuído à vida humana nas diferentes formações sociais.
- O movimento preventivista, em síntese, possui uma baixa densidade política ao não realizar modificações nas relações sociais concretas e uma alta densidade ideológica ao constituir, através do seu discurso, uma construção teórico-ideológica daquelas relações.
- Ao introduzir nas escolas médicas uma discussão sobre a Teoria da Medicina, a Medicina Preventiva tem possibilitado o aparecimento de núcleos de reflexão sobre essa teoria, que poderão constituir-se em um novo campo da Prática Teórica, delimitando o ideológico no interior da Medicina.

Finalmente, na América Latina, o movimento preventivista como tendência vem se deslocando no sentido de projetos racionalizadores da atenção médica, constituindo-se no solo para a introdução da racionalidade da produção no interior da prática médica.

Bibliografia

AHUMADA, J. et al. *Problemas conceptuales y metodológicos de la programación de la salud*. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1965. (Publicação científica n.111).

ALTHUSSER, L. *La revolución teórica de Marx*. México: Siglo XXI, 1967.

______. Sobre la relación de Marx com Hegel. In: ___. *Escritos I*. Bogotá: Ediciones Contacto, 1971.

______. Ideologia y aparatos ideólogicos del Estado. *Estudios Interdisciplinares*, v.1, p.101-37, 1973a.

______. *Resposta a John Lewis*. Portugal: Editorial Estampa, 1973b.

ALTHUSSER, L., BALIBAR, E. *Para leer El* capital. 4.ed. México: Siglo XXI, 1970.

ANDERSON, G. W. et al. *Control de enfermedades transmisibles*. Para personal de Salud Pública. 4.ed. México: Interamericana, 1965.

ARIÈS, P. La muerte invertida; el cambio de actitudes ante la muerte en las sociedades occidentales. In: CIDOC ANTOLOGIA, A6. *Alternativas al médico*. Cuernavaca: CIDOC, 1973. p.1/1-24.

ARNOULD apud BECQUEREL, A. *Traité élémentaire d'hygiene*. 7.ed. Paris: Asselin, 1883. p.2.

AROUCA, S. História natural da tuberculose. In: SEMINÁRIO da CIÊNCIA da CONDUTA, patrocinado pela OPS/OMS, Campinas, 1970. (Mimeogr.)

ASOCIACION COLOMBIANA de Facultades de Medicina. Seminário de Educación Médica. Calli, 1955. (Mimeogr.)

ASOCIACION DE FACULTADES ECUATORIANAS de Medicina. Seminário Nacional de Educación Médica. Cuenca: Afeme, 1971.

ASOCIACION PERUANA DE FACULTADES de Medicina. Seminário Nacional de 1ª Enseñanza de la Medicina Preventiva. En los Programas Acadêmicos de Medicina Humana del Peru. Lima, 1974. (Mimeogr.)

ASOCIACION VENEZOLANA DE FACULTADES (ESCUELAS) de Medicina. Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social en las Escuelas de Medicina de Venezuela. Caracas, 1967. (Publicacion n.3)

BACHELARD, G. *La formación del espiritu científico*. Buenos Aires: Siglo XXI, 1972.

BADIOU, A. O (re)começo do materialismo dialético. In: COELHO, E. P. *Estruturalismo; antologia de textos teóricos*. Lisboa: Portugalia, 1968. p.321-57.

BARTHES, R. *Elementos de semiologia*. São Paulo: Cultrix, 1971.

______. *Mitologías*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1972.

BASAGLIA, F. et al. *Psiquiatria e ideologia de la locura?* Barcelona: Anagrama, 1972.

BASSO, L. apud MARCUSE, H. *Contra-revolução e revolta*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

BASTOS, N. C. de B. *O ensino da Medicina Preventiva no curso médico*. Rio de Janeiro: 1969.

BAUDELOT, ESTABLET. *L'École capitaliste in France*. Paris: Maspero, 1971.

BECQUEREL, A. *Traité élèmentaire d'hygiène*. 7.ed. Paris: Asselin, 1883.

BERLINGUER, G. Introdución. In: *Medicina y sociedad*. Barcelona: Fontanella, 1972. p.7-15.

BERNARD, C. apud BÜNGE, M. *Causalidad – el principio de la causalidad en la ciencia moderna*. 2.ed. Buenos Aires: Eudeba, 1965. p.39.

BERNIS, G. D. Economie et Santé. *Bull. Trimestriel de l'Ecole Nationale de la Santé Publique*. 7e année, v.1, p.3-41, 1974.

BETTELHEIM, C. H. A problemática do subdesenvolvimento. In: ___. *Planificação e crescimento acelerado*. Rio de Janeiro: Zahar, 1965. p.31-51.

BOLTANSKI, L. *La découverte de la maladie*. Paris: Centro de Sociologia Européenne, 1968.

BOSQUET, M. Tem a Medicina alguma utilidade? (II). *Opinião*, v.115, p.19, 17 de janeiro 1975.

BOURDIEU, P. *La reproduction*. Paris: Minuit, 1970.

BOURDIEU, P., PASSERON, J. C. *Les héritiers*. Paris: Minuit, 1964.

BOYD, M. S. *Preventive Medicine*. 5.ed. Philadelphia: Sounders, 1936.

BROWN, J. W. apud ELLSWORTH, P. T. *Economia internacional*. São Paulo: Atlas, 1968. p.411.

BÜNGE, M. *Causalidad – el principio de causalidad en la ciencia moderna*. 2.ed. Buenos Aires: Eudeba Editorial Universitária, 1965.

BYRD, O. E. *Higiene*. 3.ed. México: Editorial Interamericana, 1965.

CAMPOS, P. M., GARCIA, E. R. Medicina y sociedad en el romanticismo. In: ENTRALGO, P. L. *Historia universal de la medicina*. Barcelona: Salvat, 1973. v.5, p.337-45.

CANGUILHEM, G. *Lo normal y lo patológico*. s. l.: Siglo XXI, 1971.

______. O objetivo da história das ciências. *Tempo Brasileiro*, v.28, p.7-21, 1972.

CARDOSO, W. Saúde pública e ensino médico. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, v.12, n.3, p.105-10, 1966.

CARO, G. *La medicina impugnada*. Barcelona: Editorial Laia, 1972.

CARVALHO, H. V. de. Medicina social; um ponto de vista. *Med. Moderno*, v.6, n.3, p.78-84, 1966.

CASANOVA, P. G. *Sociologia de la explotación*. 3.ed. México: Siglo XXI, 1971.

CASTELLS, M. *Problemas de investigación en la sociologia urbana*. Madrid: Siglo XVI, 1971.

CARLSON, R. J. El fin de la Medicina. In: CIDOC ANTOLOGIA A6. *Alternativas al Médico*. Cuernavaca: CIDOC, 1974.

CESAR. C. M. *A influência de Brunschiwieg na concepção evolutiva do conhecimento científico em Gaston Bachelard*. São Paulo: Faculdade Filosofia, Ciências e Letras de São Paulo, s. d.

CHAVES, M. M. *Saúde e sistema*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1972.

CID, F. *Introducción al conocimiento de la medicina*. Barcelona: Editorial Expaxs, 1972.

CLARK, D. W., MacMAHON, D. *Preventive medicine*. New York: Little Brown, 1967.

CLIMEP; sua especialidade é Medicina Preventiva. *Med. Moderno*, v.9, n.1, p.67-73, 1969.

COELHO, E. P. Introdução a um pensamento cruel: estruturas, estruturalidade e estruturalismo. In: *Estruturalismo; antologia de textos teóricos*. Lisboa: Portugalia, 1968. p.III-LXXV.

COLORADO SPRING Conference. The expanding opportunities and responsabilities of the phisician. *J. Med. Education*, v.28, Pt.2, p.1-10, 1953a.

______. Preventive Medicine in Medical Scholls. *J. Med. Education*, v.28, Pt.2, p.11-26, 1953b.

COMITÉ d'Action Santé. *Médicine*. Paris: François Maspero, 1968.

COMITE DE EXPERTOS DE LA OPS/OMS en la Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social. Primor informe. Washington, D.C.: Oficina Sanitária Panamericana, 1969. (Série Desarrollo de Recursos Humanos, n. 6)

COMITE DE EXPERTOS DE LA OPS/OMS. Washington, D.C.: Oficina Sanitária Panamericana, 1974. (Primer Borrador, Mimeogr.)

COMMITE ON UNDERGRADUATE MEDICAL EDUCATION OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION, 1950 apud TOBAR ACOSTA, M. J. *Objetivos da Educação Médica*. Transcrição da Declaração de Princípios. Campinas, 1969. (Mimeogr.)

CONGRESSO NACIONAL DE PROFESSORES de Higiene, Medicina Preventiva y Educadores Sanitários. *Conclusiones*. Montevideo, 1956. p.43-50.

CONGRESSO INTERAMERICANO DE HIGIENE. La Habana, 1952 apud MOLINA, G., ADRIASOLA, E. G. *Princípios de Administración Sanitaria*. Santiago: Universidad de Chile, 1955.

CONTI, L. Estructura social y medicina. In: BERIMGUER, G. *Medicina y sociedad*. Barcelona: Editorial Fontanella, 1972. p.287-324. (Libros de Confrontación. Serie Sociologia I)

D'ALLONES, O. R. Michel Foucault: las palabras contra las cosas. In: *Analisis de Michel Foucault*. Buenos Aires: Tiempo Contemporaneo, 1970. p.34-57.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp. *Documentos básicos*. Campinas, 1974. (Mimeogr.)

DEPARTAMENTO DE SALUD PARA LA COMUNIDAD. Bogotá. *Programas docentes*. Bogotá, 1971.

DONNANGELO, M. C. F. *O médico e o mercado de trabalho*. São Paulo, 1972. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

DREITZEL, H. P. Introduction. In: ___. *The Social Organization of Health*. New York: Macmillan, 1971. p.V-XVII.

ELLSWORTH, P. T. *Economia internacional*. São Paulo: Atlas, 1968.

ENCONTRO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA do Estado de São Paulo, 4°, Ribeirão Preto, 1969. *Programas docentes*. Apresentado pelo Departamento de Higiene e Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. Ribeirão Preto, 1969. (Mimeogr.)

______. 5°, Botucatu, 1970. *Programação dos cursos*. Apresentado pelo Departamento de Medicina Preventiva, Social e Saúde Pública da Faculdade de Ciências Médicas e Biológicas de Botucatu. Botucatu, 1970a. (Mimeogr.)

______. 7°, São Paulo, 1970. *Documento básico de estudo*. São Paulo, 1970b. (Mimeogr.)

______. *Contribuição para a discussão sobre objetivos do Departamento de Medicina Preventiva nas Escolas Médicas*. Apresentado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina do Norte do Paraná. São Paulo, 1970c. (Mimeogr.)

ENCONTRO DE DOCENTES DE MEDICINA PREVENTIVA do Estado de São Paulo. *Objetivos da Medicina Preventiva e (ou) Social.* Apresentado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, São Paulo, 1970d. (Mimeogr.).

______. *Relatório sobre o tema*: objetivos do ensino da medicina preventiva. Apresentado pelo Departamento de Medicina Preventiva da Fac. Med. da USP. São Paulo, 1970c. (Mimeogr.)

______. *Relatório final.* São Paulo, 1970f. (Mimeogr.)

______. 10°, São Paulo, 1973. *Documento preliminar.* São Paulo, 1973a. (Mimeogr.)

______. *Relatório final.* São Paulo, 1973b. (Mimeogr.)

ENGEL, G. L. A unified concept of Health and discases. *Perspect. Biol. Med.*, v.3, n.1, p.459-85, 1960.

ENGELS, F. Le proletariat agricole et l'attitude de la bourgeoisie a l'égard do proletariat. In: *La situation de la classe laborieuse en Angleterre.* Paris: Sociales, 1960.

ENTRALGO, P. L. *La historia clínica.* Madrid: CSIC, 1950.

______. *Historia Universal de la Medicina.* Barcelona: Salvat, 1973. v.5, p.337-45.

ESCOBAR, C. H. de. Discurso científico e discurso ideológico. In: *O homem e o discurso.* Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1971. p.67-90. (Comunicação n.3)

EVANG, K. Contributions towards the philosophy of health. *Int. J. Health Serv.*, v.1, p.98-105, 1971.

EXECUTIVE COUNCIL OF THE ASSOCIATION OF AMERICAN MEDICAL COLLEGES. The objetives of undergraduate Medical Education, Eighth Revision, 1953. *Jour. Med. Edu.*, v.28, n.3, p.57-9, 1953.

FEDERACION PANAMERICANA DE ASSOCIACIONES DE FACULTADES DE MEDICINA. *Programa de enseñanza de medicina de la comunidad.* Documento base. Rio de Janeiro, 1973. (Doc. DE/MC-4, Mimeogr.)

FERRARA, F. A. et al. *Medicina de la comunidad.* Buenos Aires: Intermedica, 1972.

FICHANT, M., PÉCHEUX, M. *Sobre la historia de las ciencias.* Buenos Aires: Siglo XXI, 1971.

FISH BEIN, M. *A history of the American Medical Association 1847 to 1947.* Philadelphia: Saunders, 1947.

FITZGERALD, J. G. Undergraduate instruction in hygiene and preventive medicine. *J. Assoc. Am. Med. Colleges*, .v.2, n.4, p.240-6, 1936.

FLEXNER, A. *La formation de Médicin en Europe et aux États-Unis.* Paris: Manson, 1927.

FOUCAULT, M. *Histoire de la folie; à l'age classique*. Paris: Plon, 1961.

______. *El nacimiento de la clínica*. Mexico: Siglo XXI, 1966.

______. *Doença mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968a.

______. Entrevista concedida a *Quinzaine Littéraire*. In: *Estruturalismo; antologia de textos teóricos*. Lisboa: Portugalia, 1968b. p.29-36.

______. *Las palabras y las cosas*. 2.ed. México: Siglo XXI, 1969.

______. *A arqueologia do saber*. Rio de Janeiro: Vozes, 1971a.

______. Resposta ao círculo epistemológico. In: *Estruturalismo e teoria da linguagem*. Rio de Janeiro: Vozes, 1971b. p.9-55.

______. Resposta a uma questão. *Tempo Brasileiro*, v.28, p.57-81, 1972.

______. *Nascimento da Medicina Social*. Conferência pronunciada no Instituto de Medicina Social da UEG. Rio de Janeiro, outubro, 1974.

FOUCAULT. M. et al. Medicina e luta de classe. In: *Rumo a uma anti-medicina*. Lisboa: Iniciativas Editoriais, 1972.

FREITAS, J. L. P. de. La enseñanza de la medicina preventiva y social. In: SEMINARIO CENTROAMERICANO DE EDUCACION MEDICA, 1°, 1961. *Anais*. Tegucigalpa, Editorial Universitaria, 1961, p.195-202.

______. *Memorial apresentado à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto para concurso de cátedra*. Ribeirão Preto, 1963. (Mimeogr.)

FURTADO, C. *Subdesenvolvimento e estagnação na América Latina*. 2.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

GAETE, A. J., CASTAÑON, R. *El desarrollo de las instituciones medicas en Chile durante este siglo*. Santiago, s. d. (Mimeogr.)

GAETE, A. J., CASTAÑON, R., TAPIA, I. P. Ciencias Sociales; una discusión acerca de su enfoque en medicina. *Cuad. Med. Soc.*, v.XI, n.2, 1970.

GARAUDY, R. *Marxismo do século XX*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1967.

GARCIA, J. C. Paradigma para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Ed. Med.Sal.*, v.5, p.130-50, 1971.

______. *La educación medica en la America Latina*. Washington, D.C.: Oficina Sanitaria Panamericana, 1972. (Publicación Científica, v.255)

GENERAL MEDICAL COUNCIL apud NEWMAN, G. The permeation of the medical curriculum by Preventive teaching. *Brit, M. J.*, v.2, p.347, 1923.

GERMANI, G. *Sociologia de la modernización*. Buenos Aires: Paidós, 1969.

GERNEZ-RIEUX, C., GERVOIS, M. *Médicine préventive, santé publique et hygiene*. 3.ed. Paris: Flammarion, 1971.

GONZALES, M. M. *Sanidad publica: concepto y encuadramiento*. Madrid: Ministério de la Gobernación, 1970.

GRAMSCI, A. *Os intelectuais e a organização da cultura*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

HARNECKER, M. *Los conceptos elementales del materialismo histórico*. 13.ed. Mexico: Siglo XXI, 1972.

HECKENHAUSER, H. Discipline and interdisciplinarity. In: *Interdisciplinarity*. Nice: Organization for Economic Cooperation and Development, 1972. p.83-9.

HEGEL, G. W. F. *Textos dialéticos*. Rio de Janeiro: Zahar, 1969.

HERBERT, T. Reflexiones sobre la situación teórica de las ciencias sociales, especialmente de la psicologia social. In: MILLER. J. A., HERBERT, T. *Ciencias sociales: Ideologia y conocimiento*. 1971

HILLEBOE, H. E., LARIMORE, G. W. *Medicina preventiva*. São Paulo: Serpel, 1965.

HOBBES, T. *Leviatã ou matéria, forma e poder de um Estado eclesiástico e civil*. São Paulo: Abril Cultural, 1974.

HUBBARD, J. P. Integration of the medical curriculum. In: WORLD CONFERENCE ON MEDICAL EDUCATION, 1°, London. *Proceedings*. 1953.

ILLICH, I. La importación de la muerte natural. In: CIDOC ANTOLOGIA A6. *Alternativas al Medico*. Cuernavaca: CIDOC, 1973. p.42/1-41.

______. *Nemesis Medicale*. Cuernavaca: CIDOC, 1974.

JANINI, J. *La historia natural del estado de salud y enfermedad*. Washington, D. C.: OPS/OMS, 1972. (Informe al Departamento de Desarollo de Recursos Humanos, Mimeografado)

JANTSCH, E. Towards interdisciplinarity and transdiciplinarity. In: *Interdisciplinarity*. Nice: Organization for Economic Cooperation and Development, 1972.

KLOETZEL, K. *As bases da medicina preventiva*. São Paulo: Edart, 1973.

KOCH, R. apud CID, F. *Introducción al conocimiento de la medicina*. Barcelona: Espaxs, 1972.

LABASTIDA, J. *Producción, ciencia y sociedad; de Descartes a Marx*. 2.ed. Mexico: Siglo XXI, 1971.

LAGRANGE, H. *A propósito de la escuela*. s. d. (Mimeogr.)

LASSO DE LA VEGA, J. S. apud GARCIA, J. C. *La educación médica en América Latina*. Washington, D. C.: Oficina Sanitaria Panamericana, 1972. p.391-2. (Publicação Científica, v.255).

LEATHERS, W. S. Development of the clinical concept in teaching preventive medicine. *J. Assoc. Am. Med. Colleges*, v.7, n.2, p.86-96, 1932.

LEAVELL, H., CLARCK, E. G. *Preventive medicine for the doctor in his community*. 3.ed. New York: McGraw-Hill, 1965.

LEBON, S. et al. Un positivista desesperado: Michel Foucault. In: *Analisis de Michel Foucault*. Buenos Aires: Tiempo Contemporaneo, 1970. p.94-121.

LECOURT, D. A arqueologia e o saber. In: *O homem e o discurso*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1971. p.43-66.

LEFEBVRE, H. Claude Lévi-Strauss e o novo eleatismo. In: *Debate sobre o estruturalismo; uma questão de ideologia*. São Paulo: Editora Documentos, 1968.

LEFF, S. *Social Medicine*. London: Routledge, 1953.

LESER, W. Abertura do 1° Encontro de Escolas de Medicina. *Biceps*, v.1, p.9-11, 1970.

LUZ, M. A. Por uma nova filosofia. In: *Epistemologia e Teoria da Ciência*. Rio de Janeiro: Vozes, 1971. p.30-86. (Epistemologia e Pensamento Contemporâneo, v.2)

MACMAHON, B. et al. *Métodos de epidemiología*. México: Prensa Médica Mexicana, 1965.

MARCUSE, H. *Contra-revolução e revolta*. Rio de Janeiro: Zahar, 1973.

MARX, K. *O capital* – Crítica da economia política. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968. v.1, p.1-579.

______. *El capital*. Libro I. Capítulo 6 (inédito). 2.ed. Buenos Aires: Siglo XXI, 1972.

MASCARENHAS, R. dos S. Problemas de saúde pública no Estado de São Paulo. *Arq. Fac. Hig. Saúde Pública*, v.8, n.1, p.1-13, 1954.

MASCARENHAS, R. dos S. et al. O ensino de Medicina Preventiva em escolas de Medicina. *Arq. Fac. Hig.*, v.15/16, p.17-24, 1961-1962.

______. Um programa de Medicina Preventiva para escolas de Medicina. *Arq. Fac. Hig. Saúde Pública*, v.17, n.2, p.265-82, 1963.

MENDONÇA, A. S. Para ler Michel Foucault. In: *Epistemologia e teoria da ciência*. Rio de Janeiro: Vozes, 1971. p.198-228. (Epistemologia e Pensamento Contemporâneo, v. 2)

MERCENIER, P. La Medicine Preventive. *Ann. Soc. Bolge Med. Trop.*, v.50, n.4, p.373-90, 1970.

MILLER, J. A. *Preventive medicine in modern practice*. New York: Paul e Hoeber, 1942.

______. apud COELHO, E. P. Introdução a um pensamento cruel: estruturas, estruturalidade e estruturalismo. In: *Estruturalismo; antologia de textos teóricos*. Lisboa: Portugalia, 1968. p.XIX.

MUNSON, E. L., SCHMIT, H. L. S. On the training of medical students in Preventive Medicine. *J. Assoc. Am. Colleges*, v.13, n.5, p.325-30, 1938.

MUSTARD, H. S. et al. Preliminary report of the Committee on the Teaching of Public Health and Preventive Medicine. Association of American Medical Colleges. *J. Assoc. Am. Med. Colleges*, v.17, p.80-6, 1942.

______. Final report of the Committee on the Teaching of Preventive Medicine and Public Health. *J. Assoc. Am. Med. Colleges*, v.20, n.3, p.152-3, 1945.

NAESS, A. Historia del termino ideología desde Destutt hasta Marx. In: TRIAS, E. *Teoría de las ideologías*. Buenos Aires: Anagrama, 1964. p.145.

NAVARRO, V. *El subdesarrollo de la salud o la salud del subdesarrollo*. Artigo apresentado na Conferência Panamericana sobre Planificação de Recursos Humanos, 1973. Otawa, 1973. (Mimeogr.)

NEWMAN, G. The permeation of the medical curriculum by Preventive Teaching. *Brit. M. J.*, v.2, p.347, 1923.

NUNES, E. D. Aspectos psico-sócio-culturais da aplicação de medidas preventivas da tuberculose. Campinas, 1970. In: SEMINÁRIO de CIÊNCIAS da CONDUTA, patrocinado pela OPS/OMS. (Mimeogr.)

NURSKE, R. *Some aspects of capital accumulation in underdeveloped countries*. Cairo: Oxford, 1953.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS). Seminario sobre la enseñanza de la Medicina Preventiva. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, n.41, p.55-77, 1956.

______. Primer Seminario Viajero sobre organización de escuelas de Medicina de America Latina. Washington, D. C.: Oficina Sanitaria Panamericana, 1963. (Publicación Científica, n.79)

______. *Enseñanza de la medicina preventiva y social en las escuelas de medicina de la America Latina*. Washington, D. C., 1969. (Série Desarrolo de Recursos Humanos, n.6)

PANTOJA, W. P., TOMAS, T. Ensino médico. A medicina social. *J. Bras. Med.*, v.24, n.1, p.20-3, 1973.

PAUL, J. R. Preventive medicine at the Yale University School of Medicine. *J. Assoc. Am. Med. College*, v.16, p.312-16, 1941.

PAULA SOUZA, G. Apresentação da edição. In: SMILLIE, W. G. *Medicina Preventiva e Saúde Pública*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Higiene, 1950.

PAYNE, A. M. M. *Inovação a partir da unidade*. Apresentado no Sixtieth Anniversary Conference of the Milbank Memorial Fund. New York, 1965. (Mimeogr.)

PEIXOTO, A. *Tratado de medicina pública*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1938.

PELLEGRINI FILHO, A. *Observação sobre alguns programas de medicina da comunidade latino-americana com especial ênfase em seus aspectos sociais*. Campinas, 1974. (Mimeogr.)

PERKINS, W. H. Teaching preventive medicine to undergraduate medical students. *J. Assoc. Am. Med. Colleges*, v.17, p.248-52, 1942.

PIAGET, J. *O estruturalismo*. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

______. *Problemas gerais da investigação interdisciplinar e mecanismos comuns*. Lisboa: Bertrand, 1973.

PIERANGELI, E. Medicina preventiva; seu conceito e aplicação. In: CONGRESSO INTER-AMERICANO de MEDICINA, 1º, Rio de Janeiro, 1946. *Anais*. Rio de Janeiro, 1946, p.449-56.

POLACK, J. *La médicine du capital*. Paris: Maspero, 1972.

PONCE, E. V., MENDEZ, E. A. *Nociones de higiene y medicina social*. Cordoba: Editorial Vasquez, 1950.

POULANTZAS, N. *Hegemonia y dominación en el estado moderno*. Cordoba: Ediciones Pasado y Presente, 1969.

______. *Poder político y clases sociales en el estado capitalista*. 4.ed. México: Siglo XXI, 1972.

PROBLEMAS TEORICOS. Informe Preliminar (não oficial) da Reunião patrocinada pela OPS/OMS sobre a aplicação das ciências sociais a problemas médicos. Equador, 1972. (Mimeogr.)

RANCIÈRE, J. *Sobre a teoria da ideologia*. Porto: Portucalense Editora, 1971.

REIDERMAN, A. P. *El papel del epidemiólogo en la planificación del desarrollo económico*. Washington, D. C.: OPS/OMS, 1966. (Publicacion Cientifica n.141)

RENJIFO, S. Enseñanza de medicina preventiva y salud publica en la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle. Calli, Colombia. *Bol. Of. San. Pan.*, v.XLVII, n.5, 1959.

RICO, A. L. La enseñanza de la medicina preventiva en Chile, Brasil y Colombia. *Salud Publica Mex.*, v.7, n.5, p.747-65, 1965.

RIOS, A. *Medicina preventiva; tentativa de conceito*, 1965. (Mimeogr.)

RIZZI, C. et al. *Introducción a la medicina sanitaria*. Buenos Aires: Lopez Libreros, 1973.

RODRIGUEZ, G. *Medicina preventiva*. Buenos Aires: Editorial Americales, 1945.

ROSEN, G. The evolution of social medicine. In: FREEMAN, H. E. et al. *Handbook of medical sociology*. New York: Prentice Hall, 1963. p.18-51.

ROUANET, S. P. A gramática do homicídio. In: ___. *O homem e o discurso*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1971. p.91-139. (Comunicação v.3)

ROUANET, S. P., MERQUIOR, J. G. Entrevista com Michel Foucault. In: *O homem e o discurso*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1971. p.17-42. (Comunicação v.3)

ROUSSEAU, J. J. *Do contrato social*. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

RYLE, J. A. *Social Medicine*. New York: Geoffrey Cumberlege, 1949.

SAN MARTIN, H. *Salud y enfermedad*. Mexico: Prensa Medica Mexicana, 1968.

SANTAS, A. A. Cambio y Educacion Médica. Panamerican Conference on Medical Education, 4°, Toronto. *Proceedings*. Toronto, 1972.

SARTHE, J. P. Resposta a revista L'Arc. In: COELHO, E. P. *Estruturalismo; antologia de textos teóricos*. Lisboa: Portugalia, 1968. p.125-38.

SCORZELLI JR., A. O ensino da medicina e as perspectivas da medicina preventiva. *Arq. Higiene*, v.22, n.1, p.45-63, 1966.

______. Medicine preventiva; ensino e treinamento. *J. Bras. Med.*, v.24, n.4, p.34-46, 1973.

SHANK, R. E. Nutrition in Preventive Medicine. In: LEAVELL, H. R., CLARCK, E. G. *Preventive Medicine for the doctor in his community*. 3.ed. New York: McGraw-Hill, 1965. p.171-213.

SIGERIST, H. *Historia y sociologia de la medicina*. Bogotá: s. n., 1974.

SILMON, R. *Crítica da medicina liberal*. Porto: Publicação Escorpião, 1973.

SILVA, G. R. da. Origem da medicina preventiva como disciplina do ensino médico. *Rev. Hosp. Clin. Fac. Med. S.Paulo*, v.28, p.91-6, 1973.

SITUAÇÃO DA MEDICINA PREVENTIVA na Bahia. *Biceps*, v.1, p.26-6, 1970.

SMILLIE, W. G. The integration of teaching content and methods. *J. Assoc. Am. Colleges*. v.22, n.3, p.164-72, 1947.

SMILLIE, W. G., KILBOURNE, E. D. *Preventive medicine and public health*. 3.ed. New York: MacMillan, 1966.

SONIS, A. et al. *Medicina sanitaria y administración de salud*. Buenos Aires: El Ateneo, 1971.

STALLONES, R. A. *El ambiente, la ecologia y la epidemiologia*. Washington D. C.: Oficina Sanitaria Panamericana, 1971. (Publicación Cientifica, n.231)

SUSSER, M. *Causal Thinking in the Health Sciences*. New York: Oxford Univesity Press, 1973.

TAYLOR, C. E. The teaching of preventive medicine around the world. *J. Med. Education*, v.32, n.6, p.399-409, 1957.

TOBAR ACOSTA, M. J. *Diagnóstico de saúde em membros de um grupo de famílias do bairro "Jardim dos Oliveiras", município de Campinas, Estado de São Paulo*. Campinas, 1972. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas.

TOBAR ACOSTA, M. J. *O papel do Departamento de Medicina Preventiva na utilização da comunidade para a educação médica*. Campinas, s. d. (Mimeogr.)

TOBAR ACOSTA, M. J., TOBAR, L. R. M. de T. *Uma abordagem sobre conceituação e prática da clínica preventiva*. Campinas, 1974. (Mimeogr.)

TOBEY, J. A. Legal aspects of preventive medicine. In: MILLER, J. A. *Preventive Medicine in Modern Practice*. New York: Paul e Hoeber, 1942. p.737-46.

TRIAS, E. *Teoria de las ideologias*. Barcelona: Anagrama, 1970.

TURNER, C. E. *Higiene del individuo y de la comunidad*. 2.ed. Mexico: Prensa Médica Mexicana, 1964.

WINSLOW, C. E. A. L'importance économique de la médicine preventive. *Chronique de L'Organization Mondial de la Santé*, v.6, n.7-8, p.211-23, 1952.

WYLIE, C. M. The definition and measurement of health and disease. *Publ. Health Rep.*, v.85, p.1-100, 1970.

Posfácio

Paulo M. Buss[1]

Muito se tem falado, ao longo dos anos, da tese de Sérgio Arouca, *O dilema preventivista,* que ele defendeu na Unicamp há quase trinta anos, em 1976. Essa tese produziu uma extraordinária "olhada para dentro" do próprio campo no qual militavam muitos daqueles que, como ele, insatisfeitos com a exclusiva prática clínica, buscavam em outras práticas o seu "que-fazer" profissional e em outras disciplinas e campos conceituais a explicação para o processo de adoecimento e morte, bem como sobre a construção social dos sistemas de saúde.

Foi uma crítica à medicina, à medicina preventiva como movimento ideológico pretensamente reformador e à colocação de uma perspectiva nova, que juntava elementos do materialismo histórico com a arqueologia do saber recém-construída conceitualmente por Michel Foucault. Tudo isso com impecável rigor teórico e metodológico.

Mas um posfácio não deve voltar-se para o passado, mas sim, utilizando-o, procurar apontar para a frente, pois ele vem depois do escrito. Anamaria Tambellini, Jairnilson Paim, Sonia Fleury, Roberto Nogueira, Everardo Duarte Nunes, Elizabeth Moreira dos Santos e Gastão Wagner, com seus inegáveis talentos, certamente deram conta de comentar os vários

1 Professor titular da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Presidente da Fundação Oswaldo Cruz.

capítulos da tese de Arouca e expressaram suas visões, hoje, daquilo que foi escrito há quase trinta anos. Creio que acrescentaram *insigths* muito ricos, como o paralelo que faz Gastão Wagner entre o que representava a medicina preventiva, como discurso modernizante à época, com a medicina baseada em evidências de hoje, e Roberto Nogueira, nas mesmas bases, entre a medicina preventiva e a promoção da saúde; sempre considerando-os movimentos ideológicos cuja intenção oculta é, em última instância, apenas a modernização discursiva e a manutenção intacta do poder médico e da medicina.

O que escrever, pois, num posfácio? Perguntar-se como evoluiu a prática teórica e a prática política de Arouca e o que ele vinha apontando como desafios para os próximos anos – com todos os riscos e possíveis erros que estão embutidos nessa escolha, pois trata-se de uma interpretação minha – pareceu-me um caminho espinhoso, mas tão instigante como a mente e o coração deste homem complexo e profundo que foi o mestre e companheiro Sérgio Arouca.

Arouca acreditava profundamente no processo da reforma sanitária, tese que ele construíra – junto com milhares de delegados – na VIII Conferência Nacional de Saúde e em anos subseqüentes. Ele continuava defendendo que a reforma sanitária não pode ser confundida com uma reforma organizacional, dirigida meramente à área assistencial do SUS. Trata-se, para ele, de uma mudança profunda, que alcançaria toda a sociedade, buscando modificar profundamente as condições de vida e os determinantes da processo de saúde-enfermidade, bem como as bases sociais da construção do sistema de saúde.

Isso implica, como aponta Sonia Fleury, a formulação de uma teoria que dê conta das reais determinações da crise no setor saúde e caminhar em direção a uma prática política que represente um movimento de transformação conjunta do trabalho médico, da consciência sanitária, da produção das condições de saúde e doença, do conhecimento e das políticas de saúde. Acho que muitos vêm contribuindo nessa construção e há muito ainda por ser feito, mas é um desafio instigante para profissionais da saúde e gente da Academia. Creio que Arouca gostaria de ver seus companheiros aprofundando essas questões, ele que de forma tão brilhante abraçou o início dessa tarefa na sua tese doutoral.

Um outro ponto que Sérgio articulava dialeticamente com a reforma sanitária era a reforma do ensino médico e das profissões da saúde. Ele

conferia importância aos processos educativos dos profissionais de saúde como parte da transformação a ser realizada.

Insistia na idéia da consciência sanitária, o que o vi mencionar dezenas de vezes. Numa delas, por ocasião de reunião preparatória para o IV Congresso Interno da Fiocruz, em 2002, proferiu textualmente: "Qual é a idéia da consciência sanitária? É que a pessoa saiba a que riscos está submetida e como enfrentá-los e que possa transformar essa ação de cidadania em ação coletiva de mudança". Essa articulação permanente e dinâmica entre as esferas individual e coletiva fazia parte do pensamento brilhante e criador de Arouca. Vejo no que gosto de chamar "promoção da saúde *radical*" essa articulação. A superação do enfoque educativo ou prescritivo de condutas saudáveis, com a presença da mobilização política e da ação inter-setorial e local ocuparam várias vezes um diálogo que sempre mantínhamos sobre estratégias transformadoras para os sistemas de saúde e as condições de vida e saúde.

Por fim, sua preocupação com o tema da inovação e da importância da ciência e tecnologia em geral e para a saúde em particular. Arouca tinha a nítida visão de que nossa soberania depende do quanto formos capazes de gerar conhecimentos e criar inovações para a nossa própria realidade. Ao assumir a Fiocruz, em 1985, com a redemocratização, trouxe à prática sua visão radicalmente contemporânea: abriu institutos e programas; reintegrou os cassados de Manguinhos; trouxe novos pesquisadores e tecnologistas; e criou a mais importante experiência de gestão pública participativa, com o Congresso Interno e todos seus derivados.

Ficou para nós o desafio de darmos prosseguimento ao processo por ele iniciado na Instituição. Não apenas para dentro. Na mesma sessão preparatória ao Congresso Interno, antes mencionada, foram estas as palavras de Arouca: "Se estou discutindo política, estou discutindo o futuro; se estou discutindo pesquisa, estou discutindo o futuro; se estou num processo de Congresso interno, estou diante da possibilidade de contribuir para o futuro da Nação".

A prospecção do futuro de vacinas, medicamentos, diagnóstico, equipamentos médico-cirúrgicos etc. está na melhor tradição de planejamento e gestão de C&T. Temos que nos perguntar o que está ocorrendo no mundo nessas áreas e qual o papel dos institutos brasileiros de pesquisa em geral e da Fiocruz, em particular. Qual o papel dos órgãos de fomento à P&D? Como articular as Universidades e Institutos de Pesquisa com as empre-

sas? São todas questões que precisam ser respondidas hoje para que possam redundar em ações concretas, se desejamos ver resultados nos próximos cinco a dez anos, pois os processos em P&D são de maturação longa, o que lhes é próprio em qualquer lugar do mundo e não só nos países em desenvolvimento.

A reforma sanitária, o ensino médico e o desenvolvimento científico-tecnológico tiveram relevância no pensamento, na obra e na prática política de Sérgio Arouca. Ele deixou várias questões em aberto, para que nós, que ainda ficamos, procuremos responder nos próximos anos, com o nobre intuito de sermos cidadãos portadores da consciência sanitária, que nos deve impelir ao compromisso profundo com os destinos da sociedade brasileira, particularmente com os mais despossuídos.

Acho que assim honraremos a vida admiravelmente vivida pelo nosso mestre e companheiro Sérgio Arouca.

Rio de Janeiro, setembro de 2003.

SOBRE O LIVRO

Formato: 16 x 23 cm
Mancha: 27,5 x 48,5 paicas
Tipologia: Iowan Old Style 10/14
Papel: Pólen Bold 70 g/m² (miolo)
Cartão Supremo 250 g/m² (capa)
1ª edição: 2003

EQUIPE DE REALIZAÇÃO

Coordenação Geral
Sidnei Simonelli

Produção Gráfica
Anderson Nobara

Edição de Texto
Nelson Luís Barbosa (Assistente Editorial)
Nelson Luís Barbosa (Preparação de Original)
Fábio Gonçalves (Revisão)

Editoração Eletrônica
Lourdes Guacira da Silva Simonelli (Supervisão)
Isabel Xavier da Silveira (Diagramação)